

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 12/17 + 01/18
48. (66.) Jahr

bvkg.

Zeitschrift des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.



Berufsfragen
Bad Orb 2017

Fortbildung
EBV: Ein immer wieder
spannendes Virus

Forum
Missbrauch in der
Praxis erkennen

Magazin
Sie schaffen das!

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. in Zusammenarbeit mit weiteren pädiatrischen Verbänden.

Redakteure: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen (federführend), Prof. Dr. Florian Heinen, München, Prof. Dr. Peter H. Höger, Hamburg, Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, Regine Hauch, Düsseldorf

INHALT 12+01 | 2017/18

Berufsfragen

Zum Jahresende // Thomas Fischbach	775
Bad Orb 2017 // Wolfram Hartmann	775
Auszüge aus den Berichten der Ausschüsse	778
Auszüge aus den Berichten der Vizepräsidenten	780
Neuer Verein „Bündnis Kinder- und Jugendrhea e.V.“ // Alwin Baumann	784
ECPCP-Treffen in Slowenien // Karin Geitmann	787
ACHTUNG ANGESTELLTE ÄRZTE	783

Fortbildung

Diagnostische und therapeutische Besonderheiten bei EBV-Infektionen – Ein Update // Matthias K. Bernhard, Katalin Dittrich, Volker Schuster	791
Ankündigung Assistentenkongress	798
Episodische Syndrome der Kindheit // Michaela V. Bonfert, Mirjam N. Landgraf, Iris Hannibal, Lucia Gerstl, Beate Kusser, Florian Heinen	801
consilium: Therapie der Streptokokken-Tonsillitis // Reinhard Berner	804
Review aus englischsprachigen Zeitschriften	806
Suchtforum // Matthias Brockstedt	810
Welche Diagnose wird gestellt? // Charlotte Eisner, Peter H. Höger	811
Impressum	812
Impfforum // Ulrich Heiningner	813

Forum

Vier Jahre Früherkennung und Frühe Hilfen // Wilfried Kratzsch	814
Vorbeugung von Typ-1-Diabetes	819
Brauchen wir eine Jungenmedizin? // Bernhard Stier	820
Babykompass steht nun bundesweit zur Verfügung	822
Gute Ganztagschule für alle ist ein Kraftakt	826
„Mit mir kann man schon reden“ // Raimund Schmid, Andre Habrock	828
„Hilfe, ich werde erwachsen!“ // Burkhard Ruppert	832
Kinderarmut in Deutschland oft ein Dauerzustand // Regine Hauch, Ulrich Fegeler	833
Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge: Zahl der Asylanträge erheblich gesunken	836



Sie werden sehen, Sie schaffen das!

S. 838

Magazin

Sie werden sehen, Sie schaffen das! // Traudel und Manfred Korbach	838
Buchtipps	843
EIN Team für alle // Regine Hauch	844
Personalien	846
Fortbildungstermine des BVKJ	848
Pädindex	849
Stellenanzeigen	850
Nachrichten der Industrie	851
Wichtige Adressen des BVKJ	857

Titelbild: © evgenyatamanenko – istockphoto.com

Beilagenhinweis: Dieser Ausgaben sind Supplements der GlaxoSmith-Kline GmbH & Co.KG und der Novartis Pharma GmbH sowie Beilagen der Krewel Meuselbach GmbH, der Milupa Nutricia GmbH und der Shire Deutschland GmbH beigelegt. Desweiteren liegen dem Heft ein Flyer der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern Jugendlichen e.V. und Programmhefte zum 24. Kongress für Jugendmedizin in Weimar sowie einem Teil der Auflage zum 27. Pädiatrie zum Anfassen in Rostock bei. Wir bitten um Beachtung.

Zum Jahresende



Dr. Thomas Fischbach

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ein ereignisreiches Jahr geht zu Ende und lässt uns auch ein wenig sorgenvoll in die Zukunft blicken. Diese Sorgen werden von einer dynamisch ungünstiger sich entwickelnden Versorgungssituation im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin verursacht. Immer mehr Eltern finden selbst in Großstädten kaum noch ohne größere Probleme einen Kinder- und Jugendarzt. Keineswegs sind nur der ländliche Raum und die sozial problematischeren Stadtteile das Problem, wie uns die Politik glauben machen will.

Wir werden dem Ansturm auf unsere Praxen nicht mehr Herr. Hinzu kommt, dass es immer schwieriger wird, Praxisnachfolger zu finden und selbst Weiterbildungsassistenten fehlen bereits in den

Kliniken, erst recht im ambulanten Versorgungsbereich, obwohl es eine wenn auch kontingentierte finanzielle Förderung der ambulanten pädiatrischen Weiterbildung gibt.

Die Gründe für die Überlastung sind vielfältig und keineswegs unbekannt. Neben einer deutlich höheren Geburtenrate als vom Statistischen Bundesamt prognostiziert und einer stärkeren Zuwanderung sind es die zunehmenden pädiatrischen Versorgungsaufgaben, besonders im Bereich der Prävention und der neuen Morbiditäten, die die Vertragsärzte langsam aber sicher über unsere Belastungsgrenze gelangen lassen. Niedergelassene fühlen sich von der Politik alleingelassen. Zudem kommen ca. 30 % der frisch Approbierten überhaupt nicht in der Patientenversorgung an, sondern wählen andere Betätigungsfelder z. B. in der Selbstverwaltung, bei Versicherungen, Krankenkassen etc. Wir brauchen also dringend mehr Nachwuchs und dies kann nur durch eine sofortige deutliche Ausweitung der Medizinstudienplätze um 20 – 30 Prozent und eine Abkehr von der Überbewertung des Numerus clausus zugunsten Sozialkompetenz berücksichtigender Items bei der Zulassung zum Studium gelingen.

Mit Spannung darf hier auf das bald anstehende Grundsatzurteil des Bundesverfassungsgerichtes zur Rechtmäßigkeit der Zulassungsbestimmungen gewar-

tet werden. Der Masterplan 2020 geht hier zwar in die richtige Richtung, aber der Ländervorbehalt bei der Umsetzung stimmt keineswegs hoffnungsvoll. Es wird Zeit, dass die Politik die Kinder- und Jugendärzte als Grundversorger einer ganzen Bevölkerungsgruppe wahrnimmt und ihnen analog zur Allgemeinmedizin mehr Aufmerksamkeit zukommen lässt. Dazu gehört auch eine deutliche Ausweitung der finanziellen Förderung der ambulanten Weiterbildung. Leider lässt eine voraussichtlich schwierige Regierungsbildung im Bund eine sich nur schleppend entwickelnde volle Arbeitsfähigkeit im politischen Berlin erwarten.

Dennoch sollten wir hoffnungsvoll in das kommende Jahr blicken. Seinen Sie versichert, dass der BVKJ an all diesen Aufgaben mit vielen Engagierten, denen ich an dieser Stelle sehr herzlich für ihre Unterstützung danken möchte, arbeitet. Ihnen und Ihren Familien wünsche ich ein gesegnetes und frohes Weihnachtsfest sowie alle Gute, Zufriedenheit und vor allem Gesundheit im Neuen Jahr.

Herzliche Grüße

Dr. Thomas Fischbach
Präsident BVKJ

Red.: WH

Bad Orb 2017 – Kongress – Delegiertenversammlung – Sitzungsmarathon

Bad Orb stand vom 04. bis 08. Oktober 2017 wieder ganz im Zeichen der Aktivitäten des BVKJ. Der 45. Herbst-Seminar-Kongress bot zu Beginn am 04. einen Grundkurs Entwicklungsdiagnostik für Ärzte und MFA und startete dann am 05. mit dem Wissenschaftlichen Programm zum Thema „Wie geht es Dir mit Handicap?“. Erfreulicherweise fanden Thema und geänderter Ablauf Zustimmung bei unseren Mitgliedern und wir konnten gegenüber dem Vorjahr eine Steigerung der Teilnehmerzahlen feststellen. 22 Seminare rundeten das umfassende Fortbildungsangebot ab.



Die Musikgruppe Mayada, eine Band mit asylsuchenden Musikern, erntete begeisterten Applaus bei der Kongresseröffnung

Pressekonferenz des BVKJ

Am 05.10. fand eine gut besuchte Pressekonferenz statt, auf der Prof. Dr. Keller umfassend über das Kongressthema informierte. Präsident Dr. Thomas Fischbach schilderte die sich zunehmend zuspitzende Versorgungssituation in Klinik, Praxis und ÖGD und forderte die neue Bundesregierung zu schnellem und wirksamen Handeln auf, um Versorgungsengpässe angesichts steigender Geburtenzahlen zu vermeiden. Auch die zunehmend schlechte Honorarsituation bei zunehmender Belastung in den Praxen wurde angesprochen und eine den Realitäten entsprechende Bedarfsplanung eingefordert. Viele Praxen arbeiten am Rande ihrer Kapazität und es kommt immer wieder zu Klagen von Eltern, dass sie zur pädiatrischen Versorgung ihrer Kinder keine Praxen mehr finden, weil vielfach ein Aufnahmestopp für neue Patienten besteht.

Bundespressesprecher Dr. Hermann-Josef Kahl informierte über neue Möglichkeiten der Früherkennung und forderte eine Erweiterung des Neugeborenen Screenings.

Die Pressemitteilungen finden Sie unter <https://www.bvkj.de/presse/pressemitteilungen/>

Die Resonanz in den verschiedensten Medien war sehr gut, Sie werden das auch in Ihren regionalen Presseorganen gelesen und in anderen Medien gehört haben.

Kongresseröffnung

Bei der feierlichen Kongresseröffnung am 05. Oktober hat zunächst Prof. Dr. Keller das Kongressthema erläutert und auf die anhaltenden Probleme von Kindern mit chronischen und/oder

seltener Erkrankungen hingewiesen. Präsident Dr. Fischbach hat in seiner engagierten Rede auf das doch vielfach erfolgreiche Einwirken des BVKJ zusammen mit unseren Schwestergesellschaften auf die zahlreichen Gesetze im Gesundheitsbereich (z.B. GKV – VSG, AM – VSG, Selbstverwaltungsstärkungsgesetz SV-SG, Präventionsgesetz, e-Health-Gesetz, Pflegeberufereformgesetz) und aus dem Zuständigkeitsbereich des Bundesfamilienministeriums (Kinder- und Jugend – Stärkungsgesetz KJSG, Bundesteilhabegesetz BTHG) hingewiesen. Zur Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung forderte er, einen Strukturfond zur Niederlassungsförderung in unterversorgten bzw. strukturschwachen Regionen zu schaffen. Bei der finanziellen Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung müssten die Kinder- und Jugendärzte als Grundversorger wesentlich besser berücksichtigt werden. Ganz konkret hat der Präsident an den erfolgreichen Kampf um den Erhalt der Kinderkrankenpflege als selbstständigen Ausbildungszweig im Pflegeberufereformgesetz und die Verhinderung eines Aufgehens in einer generalistischen Ausbildung erinnert.

Sehr kritisch äußerte sich der Präsident zum e-Health-Gesetz und auch das Präventionsgesetz erfüllt in vielen Punkten nicht die Forderungen der Kinder- und Jugendärzte. Er forderte die neue Bundesregierung auf, sich nachhaltig für die Ausrottung impfpräventabler Erkrankungen einzusetzen.

Kritik gab es auch am vorläufigen Scheitern der Novellierung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes durch den Bundesrat, denn der Gesetzentwurf enthält Vieles, was uns Kinder- und Jugendärzten unter den Nägeln brennt.

Sitzungen

Da in Bad Orb alle wichtigen Funktionsträger des BVKJ oberhalb der Oberebene versammelt sind, finden dort zahlreiche Sitzungen verschiedenster Gremien statt.

- Es gab Sitzungen
- des geschäftsführenden Vorstands
 - des Vorstands
 - des erweiterten Vorstands
 - der Satzungskommission
 - der Vertragskommission
 - der Gesellschafter der BVKJ-Service GmbH
 - Redaktionskonferenzen der Verbandszeitschrift
 - der Arbeitsgruppe GOÄ und folgender **Ausschüsse**
 - Subdisziplinen in der Pädiatrie
 - Prävention und Frühtherapie
 - Jugendmedizin
 - Honorarausschuss
 - Fortbildung
 - Kind, Schule und ÖGD

Delegiertenversammlung

Ab 13 Uhr am 07.10. tagte dann öffentlich die **Delegiertenversammlung (DV)** des BVKJ, das oberste Beschlussgremium unseres Verbandes. Alle Berichte, die der DV schriftlich zugeleitet werden, finden Sie in **PädInform** im Ordner BVKJ Aktuell. Sie können sich also umfassend informieren.

Neben den in der Satzung vorgeschriebenen Regularien der DV gab es in diesem Jahr den Versuch, durch Arbeitsgruppen die Delegierten noch mehr in die Entscheidungen des BVKJ einzubinden. Im Rahmen von Impulsvorträgen zu den Themen: Neuausrichtung Kongresse und Masterplan 2020 wurde dann in kleineren Gruppen diskutiert und Vorschläge für die Zukunft erarbeitet.

Die DV hat einige Beschlüsse zu aktuellen Fragestellungen gefasst. In zwei weiteren wichtigen Themen wurden zukunfts-trächtige Weichenstellungen durch produktive Diskussionen und Sammlung von Ideen und Argumenten vorbereitet. Der zweite Tag begann in diesem Jahr erstmals in der Geschichte der DV mit zwei zukunftsgerichteten Impulsvorträgen, deren Anregungen von Arbeitsgruppen aufgenommen wurden, die schließlich ihre Überlegungen gegenüber den Delegierten kurz präsentierten.

Zunächst referierte **Prof. Dr. Keller** als Sprecher des Fortbildungsausschusses über denkbare „Neuorientungen der Kongresse“ und provozierte in die eine wie die andere Richtung, was Themen und Gestaltungen angeht, aber auch Formen der Vermittlung. Erstmals trat neben das bewährte Muster der Präsenzveranstaltung die Idee der Nutzung von Online-Webinaren für bestimmte Themen in Ergänzung oder zur Vorbereitung bzw. Nachbereitung von Präsenzveranstaltungen. Die überaus vielfältigen und kontroversen Ideen und Positionen werden dem Ausschuss für Fortbildung und dem Bundesvorstand übergeben. Bis 2018 sollen neue Konzepte entwickelt werden.

Der zweite Impulsvortrag von **Dr. Folkert Fehr** als Sprecher des Ausschusses Aus- und Weiterbildung widmete sich der „Zukunft der Pädiatrie – Masterplan 2020“ und dem „Interdisziplinären salutogenetischen Familienbegleitprogramm“. Beides betrifft die künftige Gestaltung der studentischen Ausbildung im Rahmen des Medizinstudiums.

Die Delegiertenversammlung hat eine umfangreiche Liste von Argumenten erstellt, und beschlossen, den Ausschuss „Aus- und Weiterbildung“ sowie den Länderrat weiter mit dem Thema zu befassen. Er wird mit Dr. Fehrzusammenarbeiten. **Benötigt wird ein Netz an Beauftragten für Aus- und Weiterbildung in allen Landesverbänden.** An mindestens 5 Universitätsstandorten wird das Familienbegleiter-Programm getestet, bevor es bundesweit ausgebreitet werden soll. Der Ausschuss wird sich außerdem mit den von den Delegierten gesammelten „Schwächen“ befassen. Vor allen Dingen mit der Strukturqualität in den Praxen in Bezug auf Zeit, Raum und Vernetzung mit Allgemeinmedizin und mit den Curricula.

Den Ausschuss „Aus- und Weiterbildung“ wird es deshalb weiterhin geben. Der BVKJ braucht diesen Ausschuss, um

- die Dynamik der Weiterentwicklung der Grundversorgung im Auge zu gehalten, denn die vornehmste Aufgabe der Pädiater ist es, Kinder, Jugendliche und ihre Familien gut zu versorgen und zu begleiten
- zu sichern, dass für diese Aufgabe spezifisch aus- und weitergebildet wird, was an Kliniken nicht (mehr) vollumfänglich möglich ist (z.B. Vorsorgen, Impfungen, Sozialraumvernetzung).
- Aus- und Weiterbildungsabschnitte in der Praxis voranzutreiben. Dies sichert



Prof. Dr. Klaus-Michael Keller während seiner Eröffnungsansprache

den Bestand der Praxen und gewährt auch später als Klinikpädiater arbeitenden Kolleginnen und Kollegen unersetzliche Einblicke in die Grundversorgung

- die Notwendigkeit einer pädiatrischen Grundversorgung unserer Kinder und Jugendlichen durch entsprechend weitergebildete Pädiater in politischen Gremien zu etablieren
- die spezifischen Aus- und Weiterbildungsinhalte der pädiatrischen Grundversorgung in Gremien zu repräsentieren und die Berücksichtigung der ambulanten Aus- und Weiterbildung in der Pädiatrie bei Institutionen wie Koordinierungsstellen, Kompetenzzentren und Lehrstühle voranzubringen.
- das Weiterbildungscurriculum Paed. Compenda der DGAAP als offiziellen Weiterbildungsinhalt in der pädiatrischen Weiterbildung zu installieren
- Angebote für Ärztinnen in Weiterbildung und Weiterbilder zu entwickeln, umzusetzen, zu publizieren und zu evaluieren.

Beschlossen wurde auch die Einführung eines regelmäßigen **Preises für innovative Weiterbildungs- und Ausbildungsmodelle in der Pädiatrie.** Besondere Berücksichtigung soll dabei die Verknüpfung Klinik-Praxis, die Kooperation in Verbänden und die Sicherung von Qualität und Anleitung haben. Genaue Kriterien für die Vergabe des Preises müssen noch festgelegt werden. Ein Preisgeld ist nicht beschlossen worden, da der Preis als darstellbare Auszeichnung einen Wert an sich hat.

Auch die **Satzungskommission** soll ihre Arbeit fortsetzen, um bei Bedarf notwendige Änderungen der Satzung für die DV vorzubereiten. Die Zusammensetzung der Kommission soll wie bisher aus

je 3 Mitgliedern des Vorstandes, des Länderrates, der Delegiertenversammlung und der Obleute bestehen.

Die DV hat weiterhin beschlossen, dass der BVKJ **Kooperationspartner bei der Entwicklung einer im primärpädiatrischen Bereich groß angelegten, prospektiv-Längsschnitt-„FieberApp Registerstudie“** werden kann.

Der Ausschuss „Kind, Schule und ÖGD“ hat ein neues Mitglied. Auf Dr. Hiesgen folgt Dr. Brill, die übrigen Mitglieder bleiben.

Zudem verabschiedete die DV eine **Resolution zur Bedarfsplanung:**

In mehreren Bundesländern beantragen zunehmend Kinder- und Jugendärzte Sonderbedarfszulassungen für die allgemeinpädiatrische Versorgung, weil sie bei steigenden Patientenzahlen die Versorgung unter der jetzigen Bedarfsplanung nicht mehr erfüllen können. Diese zusätzlichen Sitze belasten das begrenzte Honorarvolumen der Fachgruppe und mindern dadurch das Honorar aller niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte im jeweiligen KV-Bereich und vermindern den politischen Druck für eine kurzfristige Anpassung der Bedarfsplanung.

Wir fordern eine adäquate Anpassung der Bedarfsplanung mit einer entsprechenden Steigerung des Honorarvolumens in der Fachgruppe. Die Delegiertenversammlung des BVKJ stärkt ausdrücklich die verantwortlichen Obleute und Landesverbandsvorsitzenden bei der restriktiven Bewertung der Sonderbedarfszulassungen vor Ort.



Korrespondenzadresse:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Auszüge aus den Berichten der Ausschüsse des BVKJ zur Delegiertenversammlung 2017

(Die vollständigen Ausschussberichte finden Sie in PädInform im Ordner BVKJ Aktuell)

Ausschuss „Angestellte Ärzte“

Mitglieder: Dr. med. Johanna Harris (Sprecherin), Lilly Maria Platschka, Prof. Dr. med. Wolfgang Kölfen, Dr. med. Sebastian Bartels, Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Arbeitsfelder des Ausschusses:

- **Ärzte in Weiterbildung in der Klinik:** Schichtmodelle, Organisation Intensivzeit, Rotationsmodelle, Arbeitsrecht, Haftung, DRG, Fachliches
- **Ärzte in Weiterbildung in der Praxis:** Anerkennung Praxiszeit für Weiterbildung, Haftung, KV-System inkl. Abrechnungsziffern, Arbeitsverträge, Fachliches
- **Fachärzte in der Klinik:** Haftung, Arbeitsrecht, Arbeitszeitmodelle, Bereitschaftsvergütung, Fachliches
- **Fachärzte angestellt in der Praxis:** Praxiseinstiegsmöglichkeiten, Zusammenarbeitsmöglichkeiten, Arbeitsverträge, KV-System inkl. Abrechnungsziffern, fachliche Voraussetzungen für bestimmte Ziffern, Selektivverträge, Abrechnung Privatpatienten, sinnvolle Zusatzbezeichnungen, Budget (Medikamente, Physio, Ergo, Logo), Teilnahme KV-Dienste

Von der Liste der möglichen Arbeitsfelder des Ausschusses (veröffentlicht im Kinder- und Jugendarzt Heft 11/16, Seite 740) wurde eine Prioritätenliste erstellt.

Folgende Themenkomplexe wurden herausgesucht:

Arbeitszeitgesetz, Mustervertrag, Förderung der Weiterbildung im ambulanten Bereich

Die Erstellung eines Fragebogens zur Erfassung der Wünsche der Mitglieder wurde vertagt. Eine mögliche weitere Vernetzung der Ärzte in Weiterbildung bzw. angestellten Ärzte soll auch durch die Onlineplattform entstehen, die Herr

Bartels plant. Die Ärzte in WB und die meisten angestellten Ärzte sind nicht in PädInform.

Thema Musterarbeitsvertrag für angestellte Ärzte: Austausch mit der Kanzlei Möller&Partner; es bestehen Bedenken von Seiten der Kanzlei aufgrund von sich schnell ändernden Gesetzesgrundlagen bzw. dem Spagat zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerinteressen; alternativ wäre eine Empfehlungsliste mit den Mindeststandards denkbar, aber für viele Ärzte sicher zu unkonkret.

- der Ausschuss möchte eine Art Rahmenempfehlung ohne verbindliche Zahlenvorgabe bzw. mit Leerstellen an den möglicherweise strittigen oder schnell veränderlichen Stellen (noch in Bearbeitung)
- **Künftige Projekte:** das geplante Internetangebot des Ausschusses Aus- und Weiterbildung u.a. mit Informationen zu Ausbildungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich und einer Stellenbörse soll auch über den Ausschuss angestellte Ärzte mitbeworben werden.
- **Rahmenbedingungen von Weiterbildungsstellen in der (ambulanten) Pädiatrie** sollen weiterhin vom BVKJ begutachtet und ggf. gestaltet werden, inhaltlich kommt hier die DGAAP ins Spiel (siehe auch Bericht des Ausschusses Aus- und Weiterbildung in Heft 11-2017)
- Konzept zur Einarbeitung in der Praxis darf vom Ausschuss überarbeitet und nach Rücksprache den angestellten Ärzten zur Verfügung gestellt (noch in Bearbeitung) werden.
- Weiterbildungsförderung im ambulanten Bereich durch die KVen: leider ein sehr heterogenes Bild deutschlandweit (zwischen 28 und 0 geförderte Stellen je nach Bundesland).
- Verschiedene Beiträge in der Verbandszeitschrift „Kinder- und Jugendarzt“
Johanna Harris in eigener Sache: Bereits beim Treffen in Berlin im Juni

habe ich den anwesenden Ausschussmitgliedern mitgeteilt, dass ich dem Ausschuss im Moment leider nicht die nötige Zeit widmen kann, um Takt- und Ideengeber zu sein. Ich habe die Arbeitsfülle nach der Praxisübernahme in München unterschätzt, stehe aber gerne für eine weitere Mitarbeit zur Verfügung. Wir suchen also eine/n Nachfolger/in als Ausschussvorsitzende/n, um den Ausschuss in dieser Form weiterzuführen.

Dr. med. Johanna Harris

Ausschuss Prävention und Frühtherapie

Mitglieder: Dr. Burkhard Lawrenz (Sprecher), Dr. Wolfgang Kamrodt, Dr. Thomas Kauth

Abgearbeitete Aufgaben:

- Manual zu **Paed.plus**® fertig gestellt und zum Download in PaedInform eingestellt (Ordner „BVKJ-Prävention“, Unterordner „Paed.plus“)
- Paed.plus® für BARMER fertig gestellt
- Umfrage zu Tonaudio bei U8 mit S. Lüder und W. Landendörfer konzipiert und durchgeführt
- Konzept für KBV/GBA für U10 bis J2 (zusammen mit Dr.Kahl und Prof. Dr. Schmid)
- Kernbotschaften zur primären Prävention neu sortiert

Anstehende Projekte und Aufgaben:

- Neues **Paed.Plus**®-Heft für Privatpatienten
- EDV-Dokumentation mit Ausdruck für Ordner
- Vorträge, Seminare und Artikel zu U1 bis J2, Vitamin D, Fluorid, Jodid und Folsäure für Ärzte und MFA
- „Train the Trainer“-Seminare zur Prävention für Weiterbilder

- Überarbeitung der LL „Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe“ von DGZMK und DGKJ (2018)
- Jungenmedizin mit BARMER integrieren (Genderproblem!)
- Vorträge und Seminare zur Prävention auf jeder BVKJ-FoBi
- Stillen und Stillförderung in die WBO für Gyn und Päd
- Stillförderung und Stillsurvey in die Vorsorgen integrieren
- Hörscreening bei U8 ändern
- Redundantes Sehscreening bei U8 und U9 abschaffen
- Layout des gelben Heftes verbessern
- U10 bis J2 mit KBV und GBA sinnvoll ausarbeiten

Dr. Burkhard Lawrenz

Ausschuss Qualitätsmanagement

Mitglieder: Dr. Ralf Moebus (Sprecher),

Dr. Christoph Bornhöft, Dominik A. Ewald, Dr. Gottfried Huss (koopt.)

- Gemeinsam mit Dehtleff Banthien vom Vorstand wurde die in diesem Jahr vorgesehene **Mitgliederbefragung** vorbereitet.
- **Seminarangebot für MFA**, in Berlin fanden 2 Seminare zum Thema Konfliktmanagement in der Praxis statt.
- **QM-Arbeit in QZ**, weiterhin kein gesteigertes Interesse der Kolleginnen und Kollegen. Besucht wurde lediglich 1 QZ in Mainz.
- **COSI-PPC-EU**, wir haben im Ausschuss darüber gesprochen und Probleme reflektiert. Stand ist, dass die Machbarkeitsstudie im Frühjahr abgeschlossen wurde und die beiden Publikationen (Entwicklung des Sets an Qualitätsindikatoren und die Machbarkeitsstudie) im Review-Verfahren sind. Sobald sie von den Journals angenommen wurden, sollen sie auch im Kinder- und Jugendarzt publiziert werden.

- Für das Jahr 2017 hatten wir als Schwerpunkt das **Projekt Patientensicherheit** vorgesehen. Es ist nicht gelungen, dies bei den bereits geplanten und terminierten Fortbildungsveranstaltungen unterzubringen.

Ausblick 2018:

- Jahrestagung Berlin: gemeinsames Projekt mit Bergakademie **QM für Einsteiger** als ganztägiges Angebot am Freitag
- Jahrestagung Berlin und ggf. auch HSK in Bad Orb: **Seminarangebote an MFA und Ärzte** zu den Themen **Patientensicherheit, Konfliktmanagement und Probleme in der QM-Umsetzung in der Praxis.**

Dr. Ralph Moebus

Red.: WH

Auszüge aus den Berichten der drei Vizepräsidenten zur Delegiertenversammlung 2017

(Die vollständigen Berichte finden Sie in PädInform im Ordner BVKJ Aktuell Berichte DV)

Dr. Sigrid Peter, Vizepräsidentin BVKJ e.V.

Ich habe mich in Berlin im Wesentlichen auf die Fortführung der Interessensvertretung von Kindern und Jugendlichen konzentriert. Das spiegelt sich wider in den Gesprächen mit Bundestagsabgeordneten sowie die Anwesenheit bei Tagungen zu spezifischen Themen, wie Gespräche im BMFSFJ zur Forderung des BVKJ Kinderrechte ins Grundgesetz. Hier sind wir ein Stück weitergekommen, insbesondere haben die großen Parteien SPD und CDU/CSU dies zum Thema gemacht. Gemeinsam mit den Vertretern von DAKJ, DGKJ und DGSPJ bin ich für dieses Thema zuständig und wir werden Gespräche zeitnah mit den neu gewählten Parlamentariern führen.

Die Kampagne Rauchfrei (Initiative der Drogenbeauftragten der Bundesregierung) wird ebenfalls aktiv von mir begleitet. Hier gibt es aktuell Überlegungen gesetzliche Einschränkungen bei Rauchen im Auto im Beisein von Kindern einzuführen.

Meine Teilnahme am Kongress Armut und Gesundheit mit den vielfältigen Themen für gesundes Aufwachsen ist bereits jährlich gesetzt.

Schlaglicht mit medialen Auswirkungen war der 1. Zuckerreduktionsgipfel initiiert durch den AOK-Bundesverband. Das Thema dieser Tagung trifft die Forderungen unseres Verbandes in Kooperation mit der Initiative FoodWatch sowie von DANK (Deutsche Allianz nichtübertragbarer Krankheiten). Wir setzen uns ein für eine verbesserte Lebensmittelkennzeichnung sowie die Reduktion von Zucker, Salz und ungesättigten Fetten in Lebensmitteln. Die Maximalforderung besteht in der Einfuhr einer Steuer auf zuckerhaltige Produkte insbesondere auf

Softdrinks gemäß den Vorbildern Großbritannien und Lettland, die dies bereits umsetzen. Auswirkungen der Forderungen sind zu sehen: Lidl reduziert den Zuckergehalt der Eigenmarken bis zum Jahr 2025 um 20 % weitere Discounter werden folgen.

Versorgungsforschung und Bedarfsplanung ist ein Thema quer durch alle Fachverbände. Der BVKJ ist seit diesem Jahr Mitglied im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF). Auf der Mitgliederversammlung konnte ich den BVKJ vorstellen und unsere Ideen und Forderungen kurz skizzieren.

Das Thema Impfen begleitet mich durch das gesamte Jahr, in der DAKJ Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen und die Sommermonate Juni und Juli waren gekennzeichnet vom Thema Impfen: Impfquoten verbessern, Workshop von der Firma Pfizer sowie die Teilnahme an der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen zur Elimination von Masern.

Nicht zuletzt habe ich gemeinsam mit Frau Jackel-Neusser die Imagebroschüre des BVKJ inhaltlich auf einen aktuellen Stand gebracht.

Dr. Roland Ulmer, Vizepräsident BVKJ

Die Hauptaufgabe in der Periode 2016/2017 war die Arbeit im Rahmen meiner Zuständigkeit für die Selektivverträge und die BVKJ-S, auch im Rahmen der Vertragskommission der BVKJ-S.

Vertragswesen

Inhalte Selektivverträge

Neue Inhalte definieren, die Leistungen abdecken, die bereits jetzt von den Praxen erbracht werden, die aber nicht, oder nicht ausreichend honoriert werden

- CRP

- Weiterführende Entwicklungsdiagnostik im Rahmen des IVAN Konzeptes
- ADHS
- Sportuntersuchung
- Videorefraktometer (Amblyopiecreening)
- Weitere Vertragsmodule

GOÄ

Im Rahmen einer Arbeitsgruppe GOÄ neu erfolgte eine Begleitung des Honorarausschusses des BVKJ für die Neufassung der GOÄ, beginnend mit einem Treffen der Verbände, organisiert durch den SpiFa, die regelmäßigen Sondertreffen des Honorarausschusses und zuletzt das trilaterale Treffen bei der BÄK.

HCMB Probleme Abrechnung

Entgegen meiner Hoffnung von Ende 2016, dass die Probleme der Selektivabrechnung zeitnah gelöst werden können, war die Abstimmung der Selektivvertragsabrechnung eigentlich mein Hauptarbeitsgebiet im Jahr 2017, jetzt allerdings nicht mehr im Bereich des Abrechnungsdienstleisters HCMB sondern vielmehr im Bereich der einzelnen Krankenkassen. Mit dem Programm Paedselekt haben die Praxen jetzt ein Tool, das die MFA nicht mehr missen möchten.

KBV

In der KBV vertrat ich den BVKJ im beratenden Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung.

BMV-Ä

Nach mehrjähriger Vorbereitung fand erneut eine Klausur der hausärztlichen Mitglieder der KBV statt. Hier wurde jetzt endlich die Anlage V des Bundesmantelvertrages abgestimmt. In dieser Anlage finden sich jetzt erstmals die Kinder- und Jugendärzte mit ihrer haus-

ärztlichen Funktion wieder, auch wenn in einem derartigen Text nicht alle Facetten unserer Fachrichtung abgebildet werden können.

Gespräch KBV Vorstand

Zusammen mit dem Präsidenten und Vertretern des Honorarausschusses hatten wir eine sehr konstruktive Sitzung, bei der vor allem die Abrechnungsprobleme und neuen Gebührenordnungspositionen für die Kinder- und Jugendärzte angesprochen werden konnten.

Gespräch neue Vorsorgen

Durch gesetzliche Änderungen wurde es möglich, dass Vorsorgeuntersuchungen jetzt im gesamten Bereich bis zum 18. Lebensjahr erfolgen müssen. Das hat zur Folge, dass auch die vom BVKJ konzipierten „neuen Vorsorgen U10, U11, J2“ in die Regelversorgung aufgenommen werden. Hierzu erfolgte ein Gespräch des Präsidiums mit der entsprechenden Abteilung der KBV, die hierzu dem GBA einen Vorschlag machen muss.

Koordinierte und strukturierte Versorgung von Kindern mit komplexen psychischen Erkrankungen

In diesem neuen Versorgungskonzept der KBV zusammen mit den Kinder- und Jugendpsychiatern war im Originalentwurf nicht einmal Platz für die Pädiater mit Zusatz Psychotherapie. Ebenso war die Stellung der Pädiatrie als kooperierende Fachgruppe nur unzureichend definiert. Es gelang hier zumindest, unsere Fachgruppe ins Gespräch zu bringen und weitere Diskussion und eventuell Anpassung des Versorgungskonzeptes in die Wege zu leiten.

Bedarfsplanung

Workshop BVKJ Bedarfsplanung

Nachdem sich am Rand der Delegiertenversammlung 2016 in Bad Orb eine AG Bedarfsplanung im BVKJ gebildet hatte, wurde Anfang Juli in Bayern ein sehr erfolgreicher bundesweiter Workshop Bedarfsplanung ausgerichtet.

Sachverständigenrat für Entwicklungen im Gesundheitswesen:

Werkstattgespräch Notfallversorgung

Prof. Gerlach skizzierte ein Konzept zur Umorganisation der Notfallversorgung, die auf einer Kooperation zwischen ambulanter Medizin, Krankenhaus und

Rettungssystem beruht. Zentrale Organisationsstruktur sollen eine integrierte Leitstelle und ein integriertes Notfallzentrum im Krankenhaus sein. Träger dieses INZ wären die KV und das Krankenhaus gemeinsam, die Leitung hat die KV. Die Finanzierung würde aus beiden Bereichen erfolgen.

Prof. Dr. Ronald Schmid, Vizepräsident

Bereits in den Jahren 2007 bis 2015 war ich als Vizepräsident unter anderem für die Vertretung der Kliniker im Berufsverband zuständig. Die Verstärkung des Berufsverbandes im klinisch-pädiatrischen Bereich ist somit die Kernaufgabe.

Im Februar 2017 fand eine Besprechung mit Vertretern des Verbandes der leitenden Klinikärzte und Kinderchirurgen mit Dr. Fischbach und Prof. Dr. Schmid in Düsseldorf statt. Es wurde eine umfangreiche Liste von Problempunkten in der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis erstellt. Folgende Punkte sollen in einer Klausurtagung im November 2017 thematisiert und nach Möglichkeit einer Lösung zugeführt werden:

1. Thematik der Weiterbildung in der Praxis. Grundsätzlich besteht die Forderung, dass jeder zur Facharztprüfung zugelassene Weiterbildungsassistent ein Jahr in einer Praxis für Kinder- und Jugendmedizin zu absolvieren hat. Dies stößt auf erhebliche Kritik und könnte auch Probleme bei der realen Umsetzung nach sich ziehen. Hier soll eine konsentiertere Lösung angestrebt werden.
2. Die Ermächtigung von Klinikärzten in Spezialversorgungsbereichen wird regional sehr unterschiedlich gehandhabt. Die Positionierung des BVKJ bei dieser Fragestellung soll konsentiert, bearbeitet und publiziert werden.
3. Die 24-h-Versorgung der Kinder und Jugendlichen im Fachbereich der Kinder- und Jugendmedizin muss gewährleistet werden. Hier sind regional sehr unterschiedliche Gegebenheiten vorhanden. Zum Teil besteht ein kooperatives System der gemeinsamen Versorgung, zum Teil aber auch eine fehlende Abstimmung der verschiedenen Versorgungsebenen.

Durch die Neu-Konstruktion des Präsidiums haben sich erhebliche Verschie-

bungen der Tätigkeit, über die Vertretung der Kliniker hinaus, ergeben.

1. Intensive Analyse und in der Folge Neu-Strukturierung der Geschäftsstelle.
2. Im Juli 2016 ist die Neuauflage des Bandes 1 „Qualität in der Sozialpädiatrie“ erschienen. In diesem Buch wird offiziell die Fassung des IVAN-Papiers zur Stufenversorgung von der pädiatrischen Praxis bis zum SPZ bei Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen veröffentlicht.
3. Der 14. Assistentenkongress wurde 2017 in Berlin durchgeführt. Die Teilnehmerzahl lag bei 375. Der Assistentenkongress hat damit die höchste Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten der BVKJ Tagungen.

Besondere Diskussionen und Konsequenzen ergaben sich auch 2017 durch die Beitragserhöhung zum 01.01.2016, die insbesondere bei den Mitgliedern aus dem klinischen Bereich zu Diskussionen und auch zu Austritten aus dem BVKJ geführt hat. Es wird allerdings weiterhin die Aufgabe sein, auf die Notwendigkeit der Kooperation zwischen Klinik und Praxis bei Zukunftsgestaltung der Pädiatrie hinzuweisen.

4. Zahlreiche Vertretungsfunktionen, aber auch Vorträge und Kontakte haben sich aus der Aufgabenstellung heraus naturgemäß beim Verband leitender Klinikärzte der Pädiatrie-Abteilungen ergeben. Viele der regelmäßigen Einladungen konnten wahrgenommen werden, um auf dieser Ebene die Konzepte des Berufsverbandes darzustellen und auch durchaus kontroverse Positionen zu diskutieren.
5. Fortsetzung der Mitarbeit im Vorstand der Deutschen Akademie für Entwicklungsrehabilitation. Ein besonderer Schwerpunkt ergab sich hier im Rahmen der Tätigkeit in der DAKJ Jugendkommission und dort mit der Implementierung des ersten e-learning-Projektes, das derzeit im Vorstand der Akademie diskutiert wird.
6. Die Vertretung des Berufsverbandes erfolgte bei mehreren Tagungen auch außerhalb der klinisch tätigen Mitglieder. Dies betraf einerseits Fortbildungsveranstaltungen, andererseits aber auch Gremienarbeit. Insbesondere ist hier die sehr intensive Diskussion mit den verschiedenen Gremien der kinder- und jugendpsychia-

- trischen Verbände zu erwägen. Diese Zusammenarbeit wurde auf 3 Ebenen diskutiert und im KJA 2017 publiziert.
7. Der E-Mail-Letter **p@diatrie-express** wurde während der gesamten Zeit fortgeführt. Quartalsweise wurden

- Ausgaben versendet. Die Auflage liegt derzeit bei über 1.000 Exemplaren
8. In einer neuen Rubrik „Klinikärzte“ wurde im Kinder- und Jugendarzt jeden Monat über bestimmte Aspekte für den klinisch tätigen Kinder- und Jugendarzt berichtet.

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

E-Mail:

dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Preis für exzellente Weiterbildung

Auf der diesjährigen Delegiertenversammlung in Bad Orb wurde die Etablierung eines Weiterbildungspreises beschlossen.

Hintergrund ist die Stärkung der pädiatrischen Weiterbildung durch Förderung und Verbreitung innovativer Weiterbildungs-konzepte und -strukturen. Gleichzeitig soll die Auszeichnung auch eine besondere Anerkennung und ein ausgesprochen Dank an jene engagierte Weiterbilder sein, die sich trotz der steigenden Ökonomisierungszwänge mit viel Zeit und Energie für eine bestmögliche pädiatrische Weiterbildung einsetzen. Die Würdigung hier geleisteter und ausgezeichneter Arbeit soll nicht mehr im Verborgenen bleiben, sondern in die Fachöffentlichkeit getragen werden. Mit der Bekanntmachung ausgezeichneter Weiterbildungsarbeit möchten wir den Weiterbildern eine Plattform geben, um dadurch die Sicherung ihrer eigenen Tätigkeit zu erleichtern und darüber hinaus die Qualitätsstandards in der Weiterbildung der Kinder- und Jugendmedizin deutschlandweit anzuheben.

Wer kann ausgezeichnet werden?

Ab dem kommenden Jahr können sich vom Maximalversorger über die Einzelpraxis bis hin zu allen in der pädiatrischen Weiterbildung aktiven Einrichtungen und Personen bewerben. Eine besondere

Berücksichtigung sollen Weiterbildungsverbände verschiedener Weiterbildungs-äste (z.B. Klinik-Praxis Verknüpfung) erhalten. Aber auch Kooperationen mit pädiatrischen Schwerpunkteinrichtungen, fachfremden Abteilungen oder praktischen Ausbildungszentren (wie z.B. Skills Labs) sollen hervorgehoben werden. Neue Ideen, Umsetzungen und Konstrukte zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Weiterbildung sind das Thema der Zeit! Aber auch Weiterbildungs-konzepte mit hervorragender Integration von Wiedereinsteigern und Teilzeitkräften gilt es zu finden und zu verbreiten.

Innovative Weiterbildungs-konzepte sollen gefördert werden

Die pädiatrische Weiterbildung ist das Zukunftselement für den Erhalt unseres Faches. Der Preis soll aufmerksam machen, dass diese nicht nur fachlich spannend, sondern auch zeitgemäß modern und innovativ sein kann.

Damit der BVKJ sein Qualitätssiegel für exzellente Weiterbildung 2019 verleihen kann, benötigen wir Ihre Mithilfe. Je mehr sich von uns Weiterzubildenden beteiligen desto besser! Sollten Sie besonders gute Weiterbildungsverbände, -zentren, -konzepte oder auch nur kleine Einrichtungen oder Praxen mit einer herausragenden Weiterbildung und engagierten Ausbildern kennen, lassen Sie es uns wis-

sen. Sie kennen das eigentliche Konzept gar nicht, aber sind glücklich mit der Art und Weise Ihrer Weiterbildung und würden diese anderen Weiterzubildenden jederzeit

empfehlen? Dann schreiben Sie uns! Auch kleinen aber besonders kreativen und alternativen Weiterbildungskonzepten gilt unsere Aufmerksamkeit also seien Sie mutig und schicken Sie uns jegliche Vorschläge an weiterbildungspreis@uminfo.de.

Bitte fügen Sie zudem eine kurze Begründung Ihres Vorschlages bei und inwieweit oder welcher Funktion Sie in der vorgeschlagenen Weiterbildung involviert sind. Wenn Sie bereits wissen, dass Ihr Kollege/Ihre Kollegin uns gemailt hat, schreiben Sie uns dennoch und bekräftigen Sie dadurch mit mehreren Stimmen ein tolles Weiterbildungs-konstrukt.

Vielen Dank, dass Sie mithelfen die pädiatrische Weiterbildung zu verbessern!

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Sebastian Bartels

Assistentensprecher

56073 Koblenz

E-Mail: s.bartels@daad-alumni.de

Red.: WH



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

kennen Sie auf der Homepage unserer Verbandszeitschrift www.kinder-undjugendarzt.de auch die folgende Rubrik?

Artikel-Favoriten

An dieser Stelle veröffentlichen wir für Sie, liebe Leserinnen und Leser, Beiträge aus der Zeitschrift, die Ihnen besonders wichtig waren und sind.

Wenn Sie besonderes Interesse an bestimmten Artikeln haben (z. B. die Serie zum Ar-

beitsrecht in diesem Jahr), wenden Sie sich bitte an Frau Daub-Gaskow vom Verlag (E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de), die besonders nachgefragte Artikel dann einstellt.

Dr. Wolfram Hartmann
57223 Kreuztal

Kinder- und Jugendrehabilitation

Neuer Verein „Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V.“ will die Kinder- und Jugendreha in der Öffentlichkeit bekannter machen

Die bundesdeutschen Rehakliniken für Kinder und Jugendliche haben in Frankfurt einen Verein „Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V.“ gegründet, um die Rehabilitation für Kinder und Jugendliche bekannter zu machen. Wissenschaftler, u.a. des Robert Koch-Instituts, gehen von 16 Prozent chronisch kranken und gesundheitlich beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen in Deutschland aus. Das sind über 2 Millionen Kinder und Jugendliche, denen es durch eine Reha Maßnahme gesundheitlich, im Alltag und in der Schule besser gehen könnte. Aber nur 50.000 Kinder und Jugendliche, also 2,5 Prozent davon, gehen pro Jahr in eine der rund 50 Rehabilitationskliniken.

Weiterhin Informationsdefizite bei der Kinder- und Jugendreha

Alwin Baumann, Sprecher des neuen Bündnisses Kinder- und Jugendreha e. V., begründet die mangelnde Inanspruchnahme damit, dass die Kinder- und Jugendreha in der Öffentlichkeit, in den Familien und bei den Lehrern, aber auch bei manchen Ärzten und den Fachleuten zu wenig bekannt ist. Sie hat sich in den letzten 25 Jahren aus der sozialpädagogischen Kinderkur zur medizinisch-therapeutischen Reha weiterentwickelt. Als stationäre Maßnahme dauert sie 4 bis 6 Wochen. Bei jüngeren Kindern geht eine Begleitperson mit, Klinikschulen verhindern einen Unterrichtsausfall. Mit dem Flexirentengesetz bekam die Kinder- und Jugendreha auch politischen Rückenwind und neue Möglichkeiten, chronisch kranken Kindern und Jugendlichen zu helfen. Künftig gibt es die Rehabilitation auch ambulant, also vor Ort in der häuslichen Umgebung. Eine Nachsorge und eine stärkere Einbindung der Familien ergänzen die neuen Optionen. Auch diese Entwicklungen will der neue Verein in der Umsetzung unterstützen.

Zum Vorsitzenden des Bündnisses Kinder- und Jugendreha e.V. wurde Andreas Auer (Murnau) gewählt. Sein Stellvertreter ist Jürgen Horn (Bad Kreuznach). Weiter im Vorstand sind: Thomas Eisenla (Beelitz-Heilstätten), Stephan Maier (Schönwald), Peter Schmitz (Bad Salzungen) und Annett Traue (Bad Sobernheim). Der Verein arbeitet eng



(v. l. n. r.): Enge Zusammenarbeit zwischen Leistungsträger (Dr. Markus Jaster, DRV Bund), BVKJ (Dr. Thomas Fischbach, Dr. Sigrid Peter) und Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (Alwin Baumann)

mit der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Rehabilitation und Prävention e.V. (DGPRP) und den Verbänden der Kinder- und Jugendreha zusammen. Er nimmt seine Arbeit zu Jahresbeginn 2018 auf.

Hotline für die Kinder- und Jugendärzte: kontakt@kinder-und-jugendreha-im-netz.de

Wesentliches Anliegen des Vereins ist es, die Kinder- und Jugendärzte bei allen Fragen rund um die Rehabilitation

zu unterstützen. Die Kontaktaufnahme erfolgt über eine Mailanfrage unter kontakt@kinder-und-jugendreha-im-netz.de. Wird ein Telefonat erbeten, erfolgt ein telefonischer Rückruf unter der in der Mail angegebenen Nummer. Alle Informationen zur Kinder- und Jugendreha und der Kliniken sind auf der Homepage www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de zu finden. Der Verein präsentiert die Kinder- und Jugendreha auch auf den wissenschaftlichen Tagungen der Kinder- und Jugendärzte und referiert in den ärztlichen Qualitätszirkeln vor Ort.



DRV Baden-Württemberg Reha-Scout Selma

DRV Baden-Württemberg Kinder- und Jugend-Reha vor 1 Monat • 600 Aufrufe
Hallo, ich heiße Selma! Super, dass du hier bist. Du bist nicht ganz so gesund wie andere in deinem Alter? Da hab ich einen ...



DRV Baden-Württemberg Interview Familie

DRV Baden-Württemberg Kinder- und Jugend-Reha vor 1 Monat • 2.393 Aufrufe
Die Gesundheit Ihres Kindes im Fokus Gesundheit ist das Wichtigste, was wir haben. Manchmal reichen aber Arztbesuche, etwas ...



DRV Baden-Württemberg Reha-Scout Dennis

DRV Baden-Württemberg Kinder- und Jugend-Reha vor 1 Monat • 1.245 Aufrufe
Hey, ich bin Dennis! Cool, dass du meine Seite gefunden hast! Ich weiß, wenn man krank ist, hat man viele Gedanken im Kopf.

YouTube – Reha-Scouts informieren Kinder und Jugendliche über eine Rehabilitation

Unterscheidung Kinder- und Jugendreha und Mutter-Kind-Maßnahme

Viele Fragen drehen sich darum, wie die beiden Maßnahmen für Kinder und Jugendliche zu unterscheiden sind. Weil sie öffentlich bekannter sind und durch die Unterstützung der Beratungsstellen einfacher beantragt werden können, wird von den Familien häufiger eine Mutter-Kind-Maßnahme („Mutter-Kind-Kur“) beim Kinder- und Jugendarzt angefragt. Entscheidend für die Wahl der richtigen Maßnahme ist die gesundheitliche Situation des Kindes. Ist dieses gesundheit-

lich beeinträchtigt oder hat chronische Probleme, beantragt der Kinder- und Jugendarzt eine Kinderrehabilitation mit der Mutter oder dem Vater als Begleitperson.

Übrigens ist bei einer **Kinderrehabilitation keine Zuzahlung** zu leisten. Die berufstätige Begleitperson muss auch keinen Urlaub nehmen, sondern bekommt den Verdienstausschlag ersetzt. Ein Wechsel der Begleitperson während der Rehabilitation ist problemlos möglich. Geschwisterkinder, die durch die Abwesenheit der Begleitperson zu Hause nicht mehr ver-

sorgt wären, werden in die Rehaklinik mit aufgenommen.

Reha-Scouts: Infos von Jugendlichen zu Jugendlichen auf YouTube

Die Deutsche Rentenversicherung als überwiegender Leistungsträger der Kinder- und Jugendreha ist daran interessiert, dass mehr chronisch kranke Kinder und Jugendliche an einer Rehamaßnahme teilnehmen als bisher. Schließlich sind gesunde Kinder die Erwerbstätigen und Beitragszahler von morgen. So hat die Dt. Rentenversicherung Baden-Württemberg eine Social-Media-Offensive gestartet. Sie hat Filme drehen lassen, in denen betroffene Jugendliche (Reha-Scout Selma, Reha-Scout Dennis) und eine Mutter (Interview Familie) diese Maßnahme vorstellen. Die Filme sind auf YouTube unter „DRV BW Kinderreha“ leicht zu finden.

Alle Informationen zur Kinder- und Jugendreha: www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de

Korrespondenzadresse:

Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V.
Alwin Baumann
Freiherr-von-Eichendorff-Str. 8/1
88239 Wangen im Allgäu
E-Mail: kontakt@kinder-und-jugendreha-im-netz.de

Red.: WH



Service-Nummer der Assekuranz AG für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

Den bewährten Partner des BVKJ in allen Versicherungsfragen, die **Assekuranz AG**, können Sie unter der folgenden Servicenummer erreichen:

(02 21) 6 89 09 21

ECPCP-Treffen in Velenje/Slowenien

20.10. – 22.10.2017

Etwa 30 primärärztlich arbeitende Kinder- und Jugendärzte aus 10 europäischen Ländern trafen sich zum jährlichen Herbsttreffen der ECPCP. Diesmal hatte die slowenische Kollegin M. Seher-Zupancic in den Norden ihres Landes nach Velenje eingeladen. Das heutige Stadtbild mit ca. 33.000 Einwohnern entstand erst nach 1950 unter dem jugoslawischen Präsidenten Tito (1892-1980) und wurde zum großen Teil durch freiwillige Aufbauarbeiten der Einwohner geschaffen.

Delegiertentreffen

Das Arbeitstreffen begann mit der Verabschiedung von Dr. Gottfried Huss (Deutschland) aus dem Präsidentenamt und seiner (Neu-)Wahl zum Generalsekretär der ECPCP. Neuer Präsident wurde satzungsgemäß der amtierende Vizepräsident Dr. Angel Carrasco Sanz (Spanien). Als neuen Vizepräsident wählten die Delegierten Dr. Shimon Barak (Israel).

Alle Kandidaten wurden ohne Gegenstimme in ihr Amt gewählt.

Wichtige Punkte und grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Pädiatrie

Die Diskussion im Plenum befasste sich mit der Zusammenarbeit der ECPCP als Vertretung der primärärztlich arbeitenden Pädiater (aus 21 nationalen Verbänden) mit anderen europäischen pädiatrischen Organisationen. Es wurde die Besonderheit der ECPCP hervorgehoben, sich in besonderer Art und Weise um das Wohl des Kindes zu kümmern, d.h.: Kinderfürsorge aus dem Blickwinkel des Kindes.

Die 47 europäischen Staaten sind mit ihren wissenschaftlichen pädiatrischen Gesellschaften in der EPA (European Paediatric Association) zusammengeschlossen.

Die EAP (European Academy of Paediatrics) – mit jeweils einem Delegierten von der nationalen wissenschaftlichen Gesellschaft und der berufspolitischen Vereinigung - hat hauptsächlich die Ausbildung in der Pädiatrie auf europäischer Ebene im Blick.

ISSOP (International Society for Social Pediatrics and Child Health) mit dem Fokus auf sozialpädiatrischen Themen



einschließlich Advocacy und GPEC (Global Pediatric Education Consortium) mit dem Ziel, weltweit die Aus- und Weiterbildung von Pädiatern zu verbessern und auf einem guten Niveau anzugleichen, sind weitere Mitstreiter auf dem Gebiet der Pädiatrie.

Eine Vernetzung aller Organisationen mit Bündelung der Kräfte zum Wohle der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist mühselig, aber trotz aller Animositäten und unterschiedlichen Sichtweisen weiterhin das angestrebte Ziel.

Symposium mit der slowenischen pädiatrischen Gesellschaft

Am Samstagvormittag fand ein Symposium zum Thema „Versorgung von Kindern mit entwicklungsbedingt besonderem Hilfebedarf“ statt. Vorträge der teilnehmenden Nationen und der slowenischen Gesellschaft für Pädiatrie zeigten den Teilnehmern die unterschiedlichen Strukturen zur Unterstützung von entwicklungsverzögerten

Kindern und Jugendlichen in den europäischen Ländern auf.

Die eingeschlagenen Wege sind unterschiedlich, weisen aber dennoch Gemeinsamkeiten auf. In manchen Ländern gibt es fest etablierte staatliche Gesundheitsförderprogramme für beeinträchtigte Kinder und Jugendliche wie in Slowenien und Litauen, in Ungarn dagegen baut man mit Hilfe von EU-Fördergeldern gerade ein Hilfesystem auf. In Frankreich setzt man medizinische Früherkennungs- und Förderprogramme ein, deren Kosten zu 80% von der Krankenkasse und zu 20% von der Kommune getragen werden. In der „reichen“ Schweiz gibt es weder ein spezifisches Screening-Programm noch ein überregionales Hilfesystem. Hier hängt alles vom Einsatz der Eltern und betreuenden Ärzte ab.

Quintessenz aller Vorträge:

Es gibt ein mannigfaltiges Spektrum an präventiven, medizinischen, psychosozialen, psychologischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungskonzepten in den verschiedenen Ländern. Alle beto-

nen, wie wichtig ein frühzeitiges interdisziplinäres und multidimensionales Vorgehen in der Diagnostik, Beratung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen ist.

Besuch des Gesundheitszentrums in Velenje

Samstags besuchten wir das Schulzentrum von Velenje. Im dort integrierten Gesundheitszentrum arbeiten Kinder- und Jugendärzte und führen sowohl Vorsorgeuntersuchungen durch als auch pädiatrische Primärversorgung.

Arbeitsgruppen

Nachmittags trafen sich zum intensiveren Gedankenaustausch die Teilnehmer in 3 parallel tagenden Arbeitsgruppen.

- **WG Curriculum**

Hauptthema: EPA = Entrustable Professional Attitudes

- **WG Research**

2 geplante Umfragen zur Versorgungsforschung:

Diagnostik und Behandlung der AOM in Europa

Rolle der Primärpädiater bei der Unfallverhütung im Kindesalter

- **WG Vaccination and Prevention**

Besorgt durch die kürzlichen Masernausbrüche und die zunehmende Impfskepsis in europäischen Ländern hat diese Gruppe eine Erklärung verfasst. Diese appelliert an alle Verantwortlichen im Gesundheitswesen und an die Eltern, alles zu tun, damit eine hohe Durchimpfungsrate in der Bevölkerung erreicht werden kann und so potentiell gefährliche Krankheiten vermieden bzw. kontrolliert werden können. Sie fordert gesetzliche Maßnahmen bis zur Impfpflicht – wenn nötig –, öffentliche Impfaufklärungskampagnen, regelmäßige Kontrollen des Impfstatus durch uns Ärzte,

ernsthafte Auseinandersetzung mit den Sorgen und Vorbehalten von impfskeptischen Eltern usw. Unten der Originaltext, der von allen Teilnehmern ratifiziert wurde.

Weitere Informationen unter

www.ecpcp.eu

Das nächste Treffen der ECPCP findet vom 20.04.18 – 22.04.18 in Toledo statt. Jedes Mitglied des BVKJ ist automatische Mitglied des ECPCP und ist herzlich zur Teilnahme eingeladen. Es macht immer wieder Freude, sich mit den engagierten Kollegen und Kolleginnen aus den anderen europäischen Ländern auszutauschen.

Korrespondenzadresse:

Karin Geitmann

Vorstandsmitglied BVKJ

58095 Hagen

E-Mail: k.geitmann@web.de

Red.: WH

The ECPCP Velenje statement – how to deal with vaccination hesitancy in the community.

Strategies and tools for the primary care paediatrician for the achievement of a high vaccine uptake in practice and in the community.

We are concerned about the recent outbreaks of measles and increasing vaccination hesitancy in European countries. The medical profession and the paediatric team play a crucial role in the community to convince parents and adolescents about the benefits of routine immunizations. Children and adolescents have the fundamental right to receive the best medical care. Therefore, health authorities, parents and the medical profession should undertake all efforts to achieve high immunization coverage in order to prevent and control potentially devastating infectious diseases.

Paediatricians and their associations should support laws and regulations for more mandatory vaccinations in their countries if the vaccination coverage is insufficient or decreasing. One way to reach high coverage of immunization beside public campaigns from health authorities is requirement of complete vaccinations before enrolment in kindergarten, school and university. Italy has recently introduced compulsory vaccinations

since September 2017 and France will start with it from January 2018.

Some providers (physicians, nurses, midwives) **have doubts** and increase parents uncertainties. Health authorities should take an active role in order to improve the adherence of all health professionals to national guidelines. Legal implications for professional non-adherence to standards should be clarified. Check vaccinations status of health workers regularly.

Participate in campaigns and local health fairs in the community with own presentations about the purpose of vaccinations. Be active in organizing training of other health care professionals and in informing the public in general. Improve evidence-based knowledge of health workers and teachers about immunizations.

Use every contact of families with health services as an opportunity to check immunization-status, to talk to parents and adolescents about vaccines and to complete missing vaccinations (WHO- recommendation). Check the vaccination status of parents. Be aware that one part of the problem of low vaccine coverage is explained by **missed opportunities**.

Take your time to listen carefully to concerns and fears of parents and adole-

scent. Provide special appointments to parents who are skeptical and doubtful about vaccinations in order to increase their confidence.

Clarify the role of **false contra-indications** for vaccinations such as banal viral infections and other irrelevant problems. **Do not discontinue patient care in case of vaccine refusal** or hesitancy by parents and adolescents. Continuous patient-care dialogue is important for trust in vaccinations. Explain consequences of vaccine-preventable diseases and provide written instructions to parents of non-vaccinated children.

Explain to parents and adolescents **the role of media and internet** where fake news, rumors, myths and inaccurate beliefs about vaccinations prevail and persist.

Provide reliable sources of information in the media and in the internet to parents and the paediatric team.

Use population-based and practice-based **vaccine coverage rates** in order to analyze the success of campaigns and other efforts to increase the coverage. Electronic registers can facilitate the documentation.

Statement endorsed by ECPCP in Velenje, Slovenia, 22/10/2017

Diagnostische und therapeutische Besonderheiten bei EBV-Infektionen – Ein Update



Dr. Matthias K. Bernhard

Dr. Katalin Dittrich

Prof. Dr. Volker Schuster

Die Erstinfektion durch das Epstein-Barr-Virus (EBV) führt bei Jugendlichen und älteren Patienten typischerweise zum Krankheitsbild der akuten infektiösen Mononukleose, einer selbstlimitierten, lymphoproliferativen Erkrankung. Bestimmte genetische Faktoren, eine hohe Viruslast, sowie die meist zelluläre Immunreaktion (CD8+ T-Zellen) beeinflussen die Schwere der Erkrankung. Bei sehr kleinen Kindern verläuft die primäre EBV-Infektionen auch asymptomatisch oder wie ein fieberhafter Infekt. Die Diagnose einer infektiösen Mononukleose lässt sich bei typischer Klinik und entsprechend auffälligem Blutbild (Nachweis von lymphatischen Reizformen, Thrombozytopenie) und erhöhten Serum-Transaminasen (bei Leberbeteiligung) bereits vermuten. Die serologische Diagnostik mittels Immunfluoreszenz oder ELISA (anti-VCA-IgM/IgG positiv, anti-IgG) ist immer dann sinnvoll, wenn andere wichtige Differenzialdiagnosen (Tonsillopharyngitis, Leukämie, Lymphome) zur Diskus-

sion stehen. Das serologische Profil erlaubt es häufig, den Zeitpunkt eine EBV-Infektion einzugrenzen. Eine Indikation für die Bestimmung von EBV-Genom im Blut ergibt sich nur bei Kindern und Jugendlichen mit vermutetem EBV-assoziiertem Immundefekt (XLP und andere) oder unter starker immunsuppressiver Therapie (zum Beispiel stammzell- oder organtransplantierte Kinder).

Zur Prophylaxe von EBV-Infektionen sind verschiedene Impfstoffe in Erprobung, jedoch noch keiner verfügbar. Die Therapie der unkomplizierten Mononukleose ist immer rein symptomatisch. Aciclovir, Valaciclovir und Ganciclovir sowie polyvalente Immunglobuline haben nur einen sehr moderaten Effekt. Bei bestimmten schweren Komplikationen (EBV-assoziierte Hämophagozytose, fulminante Mononukleose, lymphoproliferative Krankheitsbilder) kommen frühzeitig immunmodulierende Substanzen (unter anderem Rituximab), Etoposid, Cyclosporin A, sowie Corticosteroide zum Einsatz. Bei den angeborenen EBV-assoziierten Immundefekten ist die frühzeitige erfolgreiche Stammzelltransplantation kurativ.

Immunreaktion nach EBV-Infektion

An der immunologischen Kontrolle der akuten infektiösen Mononukleose sind natürliche Killer-Zellen (NK-Zellen), zytotoxische CD8+ T-Zellen sowie natürliche Killer-T-Zellen (NKT-Zellen) beteiligt. NK-Zellen eliminieren EBV-infizierte proliferierende B-Zellen (= Hauptzielzellen) und unterstützen die spätere EBV-spezifische T-Zell-Antwort durch Freisetzung immunmodulatorischer Zytokine (insbesondere IFN- γ).

Merke: Die Ausschüttung der Zytokine, die durch CD8+ T-Zellen vermittelte Immunreaktion des Wirts, (wahrschein-

lich) auch eine hohe EBV-Last verursachen (und erklären) die typischen klinischen Symptome wie Tonsillopharyngitis, Fieber, Lymphadenopathie, Hepato- und Splenomegalie.

Personen, die keine B-Zellen bilden können (X-linked Bruton-Agammaglobulinämie), werden nicht von EBV infiziert.

Da NKT-Zellen die Proliferation und Expansion von EBV-aktivierten T-Zellen inhibieren können, verhindert diese Zellpopulation vermutlich eine überschießende T- und NK-zellulär vermittelte Immunreaktion auf eine EBV-Infektion. Fehlen dagegen NK- und NKT-Zellen, wie zum Beispiel bei primären Immundefekten (insbesondere XLP-1), können schwerste, oft fatale lymphoproliferative Krankheitsbilder bis hin zu B-Zell-Lymphomen auftreten. EBV-neutralisierende Antikörper können die EBV-Last (Serum-Antikörper gegen das Hüllprotein gp350) und somit indirekt die zelluläre Immunreaktion und das Ausmaß der klinischen Symptomatik reduzieren. Ansätze für eine EBV-Impfung beruhen u.a. auf diesem Prinzip.

Die im Blutaussstrich sichtbaren charakteristischen „Pfeiffer-Zellen“ (sogenannte lymphatische Reizformen) sind aktivierte, überwiegend EBV-spezifische zytotoxische CD8+ T-Lymphozyten (Abb. 1), die für die weitgehende Elimination der proliferativen EBV-infizierten B-Zellen im Blut und in den lymphatischen Organen verantwortlich sind. Dies geht einher mit der klinischen Rekonvaleszenz.

Epidemiologie

Das Epstein-Barr-Virus kommt ubiquitär vor und besiedelt über 90 % aller Erwachsenen weltweit. Ähnlich wie andere Viren aus der Herpesgruppe (z. B. Cytomegalovirus) verbleibt der Erreger nach Erstinfektion lebenslang im Körper in den B-Lymphozyten. Es wird überwie-

gend durch infektiösen Speichel („Kusskrankheit“) übertragen, häufig innerhalb einer Familie, daneben auch durch Geschlechtsverkehr, Organ- oder durch Stammzelltransplantation.

Die Seroprävalenz ist in armen Regionen (vor allem Afrika) schon im Kleinkindesalter sehr hoch. Symptomatische EBV-Infektionen sind in diesen Regionen daher seltener. In Ländern mit hohem Lebensstandard (vor allem USA, Europa) verläuft die Seroprävalenz-Kurve sehr viel flacher. Erst ab dem 30. Lebensjahr beträgt die Durchseuchung hier über 80 %. Die höchste Inzidenz der klinisch manifesten infektiösen Mononukleose liegt im Adoleszenten- und jungen Erwachsenenalter

(15-20 Jahre). In diesem Alter entwickelt sich im Rahmen einer EBV-Primärinfektion in ca. 2/3 der Fälle eine infektiöse Mononukleose.

Kinder von seropositiven Müttern erhalten für die ersten sechs Lebensmonate einen relativen Nestschutz durch maternale EBV-neutralisierende Antikörper. Konnatale EBV-Infektionen sind extrem selten. Die Ausscheidung von infektiösem EBV im Speichel kann auch nach Verschwinden der Krankheitssymptome noch für Monate bis Jahre persistieren und periodisch wieder auftreten. Die Inkubationszeit beträgt bei Adoleszenten ca. zwei Wochen (Schwankungsbreite 10-50 Tage).

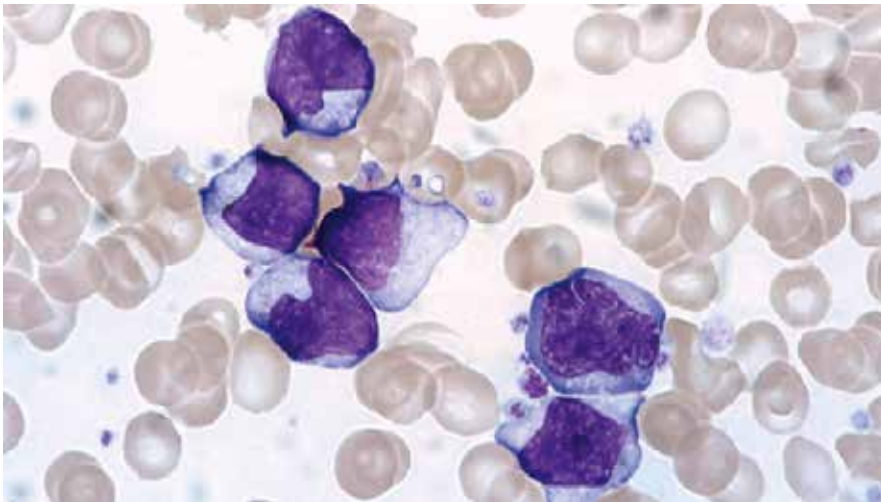


Abb. 1: Typische Pfeiffer-Zellen (aktivierte überwiegend EBV-spezifische T-Lymphozyten) bei akuter infektiöser Mononukleose. Charakteristisch sind die großen lymphatischen Zellen mit basophilem Zytoplasma und monozytoiden Zellkernen (Quelle: Kinderklinik der Universität Leipzig; Kinder- und Jugendarzt 2007; 38 (4): 229-235)



Abb. 2: Hyperplastische Tonsillen („kissing tonsills“) mit Fibrinbelägen bei akuter infektiöser Mononukleose (Quelle: Kinderklinik der Universität Leipzig)

Merke: Patienten mit akuter infektiöser Mononukleose sind nicht wesentlich mehr ansteckend im Vergleich zum Rest der Bevölkerung. EBV kann aufgrund der hohen Durchseuchungsrate und periodischen Ausscheidung durch Gesunde praktisch überall erworben werden.

Klinische Krankheitsbilder

Akute infektiöse Mononukleose

Die typische Klinik der akuten infektiösen Mononukleose (AIM) wurde bereits Ende des letzten Jahrhunderts durch Filatow und Pfeiffer („Pfeiffer’sches Drüsenfieber“, „glandular fever“) beschrieben. Zu den Symptomen gehören hohes Krankheitsgefühl, Fieber, Lymphadenopathie, Tonsillopharyngitis, kloßige Sprache, verquollenes Gesicht und vor allem bei Adoleszenten ein hohes Krankheitsgefühl. 1968 gelang der Nachweis, dass die infektiöse Mononukleose durch das Epstein-Barr Virus (EBV) verursacht wird.

Die infektiöse Mononukleose ist typischerweise eine Erkrankung des Adoleszenten und jungen Erwachsenen, die das Allgemeinbefinden für Wochen, manchmal auch Monate stark beeinträchtigen kann. Die Trias mit Fieber, ausgeprägter vor allem zervikaler und nuchaler Lymphadenopathie und fibrinöser Tonsillopharyngitis findet sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (Tab. 1, Abb. 2), eine gelegentlich über Monate persistierende Splenomegalie in bis zu 60 %.

Merke: Die Diagnose einer akuten infektiösen Mononukleose kann bei älteren Kindern und Jugendlichen meist anhand der typischen klinischen Symptomatik und des Nachweises von lymphatischen Reizformen (aktivierte T-Zellen) im Blutbild gestellt werden.

Mögliche Komplikationen der Primärinfektion sind in Tabelle 2 dargestellt.

In sehr seltenen Fällen entwickelt sich ein EBV-assoziiertes hämophagozytotisches Syndrom (EBVAHS): Die Patienten zeigen hohes und langanhaltendes Fieber, Hepato-/Splenomegalie, Gelbsucht, makulopapulösem Ausschlag und Lymph-

adenitis, seltener Bauchschmerzen und respiratorische Symptome (Chen 2004).

Im Blutbild zeigen sich typischerweise eine Depression von zwei oder mehr Zelllinien, häufig Thrombopenie und Leukopenie, erhöhte Leberwerte, Gerinnungsstörungen (vor allem Abnahme von Fibrinogen) und deutlich erhöhte Werte für C-reaktives Protein LDH und Trigly-

zeride. Charakteristisch ist die deutliche Erhöhung des Fibrinogens. Das Knochenmark zeigt typischerweise Makrophagen, die aktiv andere Blutbestandteile phagozytieren. Ein Hämophagozytosesyndrom kann auch von anderen Viren ausgelöst werden, bei Morbus Still oder im Rahmen einer familiären Disposition auftreten: bisher bekannt sind bei der familiären

Formen Mutationen in den Genen für Perforin (PRL), UNC13D und Syntaxin 11, virusassoziierte Hämophagozytosesyndrome (VAHS) sind XLP (SH2D1A), das Chediak-Higashi-Syndrom und das Griscelli-Syndrom Typ 2. Das EBVAHS ist von Hämophagozytosesyndromen anderer Ursache klinisch und laborchemisch nicht zu unterscheiden, allerdings ist die Prognose bei EBV-Infektion wesentlich schlechter als bei anderen auslösenden Viruserkrankungen, auch ohne vorbestehenden Gendefekt.

EBV-Erkrankungen bei Immunsuppression

Bei stärker eingeschränkter zellulärer Immunität (v.a. nach Organ- oder Stammzelltransplantation) können EBV-infizierte und proliferierende B-Zellen nicht mehr effektiv kontrolliert und eliminiert werden: Nach EBV-Primärinfektion oder Reaktivierung können die EBV-infizierten „immortalisierten“ B-Zellen ungehindert proliferieren und zu polyklonalen lymphoproliferativen Krankheitsbildern („post-transplant lymphoproliferative disease“, PTLD), später auch zu malignen B-Zell-Lymphomen führen. Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung einer PTLD sind neben der EBV-Seronegativität Unterschiede in den HLA-Blutgruppenmerkmalen, T-Zell-Depletion, akute Graft-versus-Host-Disease, insbesondere unter Therapie mit Antithymocytenglobulin oder anti-CD3-Antikörpern, und höheres Alter des Spenders. Die Häufigkeit der PTLD bei Kindern nach Stammzell- oder Organtransplantation kann bis zu knapp 33 % betragen, die Letalität liegt bei bis zu 48 %.

Diagnostik bei EBV-Infektionen

Bei typischer klassischer klinischer Ausprägung (Tab. 1) kann die Diagnose einer akuten infektiösen Mononukleose klinisch, sowie indirekt durch den Nachweis von aktivierten T-Lymphozyten („Reizformen“, „Pfeiffer-Zellen“) im Blutausstrich gestellt werden (Abb. 1).

„Pfeiffer-Zellen“ finden sich auch bei anderen Virusinfektionen (CMV, Hepatitis A und andere), allerdings in meist geringerer Anzahl.

Symptom	Häufigkeit
Fieber	80-100%
Lymphknotenschwellung	80-100%
Tonsillopharyngitis	70-90%
Splenomegalie	50-60%
Hepatomegalie	15-25%
Enanthem	25-35%
Exanthem	5-10%
Ikterus	5-10%

Tab. 1: Symptome der akuten infektiösen Mononukleose

Komplikationen	Häufigkeit
Milzruptur	selten (<0,5%)
Obstruktion der Atemwege	< 5%
Exanthem nach Antibiotikagabe Ampicillin oder Amoxicillin andere β -Lactam-Antibiotika	95% 40-60%
Neurologische Komplikationen Meningoenzephalitis (Abb. 1), Zerebellitis, Guillain-Barré-Syndrom, Hirnnervenpareesen, Neuritiden, Querschnittsmyelitis, psychotische Krankheitsbilder („Alice im Wunderland“-Syndrom)	1-5%
Hämatologische Komplikationen Hämolytische Anämie leichte Thrombozytopenie schwere Thrombozytopenie (< 20000/ μ l) leichte transitorische Neutropenie (2000 – 3000/ μ l) schwere Neutropenie (< 1000/ μ l l) Agranulozytose Panzytopenie	3% 25-50% selten 50-80% ca. 3% selten selten
Leberbeteiligung asymptomatische Transaminasenerhöhung Ikterus schwere Hepatitis	50-80% ca. 5% selten
Weitere sehr seltene Komplikationen: Myo- und Perikarditis, interstitielle Pneumonie, Pleuritis, interstitielle Nephritis, Glomerulonephritis, Pankreatitis, Kälteurtikaria, Vaskulitis, Acrozyanose, Gianotti-Crosti-Syndrom, lymphoproliferative Krankheitsbilder, Immundefekte	

Tab. 2: Begleitkomplikationen bei akuter Infektiöser Mononukleose. Adaptiert an Jenson HB (2000). Acute complications of Epstein-Barr virus infectious mononucleosis. Curr Opin Pediatr 12:263-268.

Lymphozytose, leichte Thrombozytopenie, sowie eine Transaminasenerhöhung (Leberbeteiligung) können die Diagnose indirekt unterstützen (Tab. 2).

Serologischer Nachweis von EBV-spezifischen Antikörpern

Bei immunkompetenten Kindern und Jugendlichen kann der Zeitpunkt der EBV-Infektion anhand des „serologischen Profils“ (Tab. 3) ermittelt werden. Fallstricke können entstehen, wenn die Antikörperkonstellationen von der „üblichen“ Konstellation abweichen (Tab. 4). Die Tabelle zeigt, welche Gründe die Abweichung bedingen können und welche weitere Diagnostik – bei dringender klinischer Indikation – ggfs. sinnvoll ist. Auch bei bestimmten immunologischen Erkrankungen (Multiple Sklerose, systemischer Lupus erythematodes) kann die EBV-Serologie „verfälscht“ und damit unbrauchbar sein.

Der Mononukleose-Schnelltest (Nachweis von heterophilen Antikörpern, Monospot-Test, Paul-Bunnell-Test) spielt bei Kindern und Jugendlichen meist keine Rolle mehr.

Merke: Bei immunsupprimierten Kindern (Immundefekte (siehe Tab. 4), iatrogene Immunsuppression) ist die EBV-Serologie **meist unbrauchbar**. Hier gelingt die Diagnose nur durch den EBV-Genom-Nachweis mittels Polymerasekettenreaktion (Lymphozyten, Plasma, Serum, erkranktes Organ).

Die Bestimmung der EBV-Menge im Blut („Viruslast“) mittels quantitativer PCR ist sinnvoll bei der Frühdiagnostik einer EBV-assoziierten PTLD (Post-Transplant Lymphoproliferative Disorder) sowie beim Therapiemonitoring (Behandlung mit Ganciclovir oder Ritu-ximab).

Auch bei Kindern und Jugendlichen mit verschiedenen immunologischen Erkrankungen (zum Beispiel multiple Sklerose (häufig anti-EBNA erhöht), EBV-positiver Morbus Hodgkin (häufig anti-EA erhöht) kann das serologische Muster verändert sein). In diesen Fällen hilft nur der EBV-Nachweis mittels PCR weiter.

Bei diagnostischen Problemfällen (Tab. 4) kann zum Beispiel durch einen Immunoblot und/oder eine sogenannte Aviditätstestung (= Maß für die Stärke, mit der ein bivalenter Antikörper an ein intaktes Antigen bindet) eine akute von einer länger zurückliegenden Infektion unterschieden werden. Der Nachweis einer hohen Avidität von VCA-IgG-Antikörpern weist auf einen länger zurückliegenden Infektionszeitpunkt hin, eine deutliche VCA-p18-Bande im IgG-Immunoblot

Krankheitsbilder	Anti-VCA-IgG	Anti-VCA-IgM	Anti-EA(D)	Anti-EBNA1
keine frühere EBV-Infektion	-	-	-	-
akute infektiöse Mononukleose	+	+	+/-	-
länger zurückliegende EBV-Infektion	+	-	-	+
chronisch-aktive Mononukleose	+++	-/+	+++	-/+

VCA: Viruskapsidantigen; EA(D): „early antigen“-homogene Immunfluoreszenz; EBNA1: Epstein-Barr-Kernantigen1

Tab. 3: Typische „serologische Standardprofile“ bei EBV-Infektionen (bei immunkompetenten Kindern und Jugendlichen). Merke: bei eingeschränkter Immunität (z.B. Immundefekt, immunsuppressive Therapie) ist die EBV-Serologie zur Diagnostik ungeeignet.

EBV-Serologie	Mögliche Ursache, mögliche Erklärung	mögliche weitere Diagnostik
Anti-VCA-IgG <u>isoliert</u> über längere Zeit positiv (5%)	anti-EBNA wird nicht oder nur in geringem Umfang gebildet. Meist ohne klinische Relevanz, gelegentlich Verlust von anti-EBNA bei Immunsuppression Interpretation: Z.n. frischer oder länger zurückliegender EBV-Infektion	ggfs EBV-Immunoblot ggfs. EBV-Aviditätstest
Anti-VCA-IgM <u>isoliert</u> positiv	am ehesten <u>unspezifische</u> Reaktion (Interferenz mit Rheumafaktor oder Autoantikörpern?)	ggfs anti-EA im Serum EBV DNA im Blut
Anti-EBNA-1 IgG <u>isoliert</u> positiv (ca. 2%)	per se nicht plausibel, mit anderen Methoden kann die Spezifität von anti-EBNA und meist auch das Vorhandensein von anti-VCA-IgG und Anti-EA verifiziert werden Interpretation dann: länger zurückliegende EBV-Infektion	EBV-Immunoblot EBV DNA im Blut
Simultaner Nachweis von anti-EBNA-1 IgG, anti-VCA IgG und Anti-VCA IgM (5%)	anti-VCA IgM kann nach einer IM für mehrere Monate persistieren, zu diesem Zeitpunkt können anti-EBNA schon positiv sein (= wahrscheinlich länger zurückliegende Infektion)	EBV-IgM/IgG-Immunoblot anti-EA EBV-IgG-Avidität

Tab. 4: Ungewöhnliche und scheinbar widersprüchliche Konstellationen bei der EBV-Serologie. Aus: De Paschale M, Clerici P. Serological diagnosis of Epstein-Barr virus infection: Problems and solutions. World J Virol. 2012 Feb 12;1(1):31-43.

spricht ebenfalls dafür. Typische Befunde für eine akute Infektion sind: Fehlen von EBNA-1-IgG-Antikörpern, niedrige Avinität der VCA-IgG-Antikörper und Nachweis von IgG- und/oder IgM-Antikörper gegen EA (early antigen).

Therapieansätze

Akute infektiöse Mononukleose

Die Therapie der infektiösen Mononukleose ist auf supportive Maßnahmen beschränkt. Die Krankheitsdauer liegt in aller Regel bei 4 (bis 8) Wochen. Die Gabe von Aciclovir führt nur zu einer transitorischen Reduktion der EBV-Last, die Substanz ist klinisch allerdings nicht wirksam. In einer kleinen Studie führte die Gabe von Valaciclovir (Prodrug von Aciclovir; Valtrex®, 3 g/Tag) bei jungen Erwachsenen mit infektiöser Mononukleose zu einer Reduktion der EBV-Last und z. T. einer Abnahme der klinischen Symptome. Valganciclovir (Prodrug von Ganciclovir, Valcyte®) erwies sich in Einzelfällen wirksam bei einer EBV-Hepatitis. Größere Studien fehlen.

Für die Schwere einer akuten infektiösen Mononukleose scheinen auch bakterielle Sekundärinfektionen mit Anaerobiern im Rachenraum eine Rolle zu spielen. Eine Therapie mit Metronidazol scheint die Krankheitsdauer zu verkürzen. Bei schweren Komplikationen wie Verlegung der Atemwege ist der kurzzeitige Einsatz von Corticosteroiden gerechtfertigt. Zur Fiebersenkung sollte Paracetamol aufgrund der potentiellen Hepatotoxizität möglichst nicht gegeben werden. Mittel der Wahl ist hier Ibuprofen.

EBV-assoziiertes Hämophagozytosesyndrom (EBVAHS) meist im Rahmen einer Histiozytose / Makrophagenstimulationssyndrom

Die EBV-assoziierte HLH (Hämophagozytisches Lymphohistiozytose) ist der Folgezustand einer schweren, unkontrollierten Entzündungsreaktion, die durch ein infektiöses Agens (hier: EBV) getriggert ist. Die persistierende Stimulation von Lymphozyten und Histiozyten führt zur Hyperzytokinämie („Zytokinsturm“) und zu den typischen klinischen Symptomen. Häufig liegt kausal eine defekte Zytotoxizität der NK- und zytotoxischen T-Zellen zu-

grunde. Die Therapie erfolgt nach dem HLH-2004-Protokoll oder einem ähnlichen Protokoll. Die Therapie umfasst vor allem Corticosteroide und Cyclosporin A.

„post-transplant lymphoproliferative disease“ (PTLD)

Bereits die Reduktion oder das Absetzen der immunsuppressiven Therapie führt zu einer Abnahme der EBV-Viruslast und teilweise zu einer „spontanen“ Regression der PTLD. Gleichzeitig erhöht sich dadurch aber auch die Gefahr der Transplantatabstoßung. Die Wirksamkeit von Virostatika (Ganciclovir, Aciclovir und Cidofovir) ist letztlich nicht eindeutig belegt.

Rituximab (375 mg/m² alle 4 Wochen) gilt heute als Mittel der ersten Wahl bei PTLD. Bei EBV-positiven Patienten werden auch EBV-spezifische T-Lymphozyten (sogenannter adoptiver Immuntransfer) eingesetzt, gegebenenfalls mit Rituximab kombiniert. Bei Kindern gibt es diesbezüglich noch kaum Erfahrungen. Alternativ können bei stammzelltransplantierten Kindern CD3-positive Spenderlymphozyten (DLI, donor lymphocyte infusion) infundiert werden. Jedoch sollten aufgrund des GvH-Risikos bei der meist HLA-differenten Spender-Empfänger-Konstellation niedrige Dosen verwendet.

Prophylaktische Maßnahmen

Eine Isolierung von Kindern und Jugendlichen mit akuter infektiöser Mononukleose ist nicht erforderlich. Bei EBV-assoziierten Immundefekten ist die frühzeitige Stammzelltransplantation teilweise kurativ. Zur primären EBV-Prophylaxe (vor allem PTLD) nach Transplantationen wird vor allem (Val-)Ganciclovir eingesetzt. Eine präventive Therapie („preemptive therapy“, das heißt Therapiebeginn, wenn die EBV-Viruslast im Blut signifikant ansteigt, aber noch keine klinischen Symptome bestehen) kann mit (Val-)Ganciclovir, Rituximab (anti-CD20 Antikörper) und/oder adoptivem Immuntransfer (siehe oben) durchgeführt werden. Prophylaktisch verabreichte Immunglobuline sind wahrscheinlich wirkungslos.

Entwicklungsstand einer EBV-Impfung

Eine erste Phase-I-Studie mit einem EBV-Impfstoff (rekombinantes Vaccinavirus mit Expression des EBV-Proteins gp220/350) wurde bereits Mitte der 80er-Jahre in China durchgeführt. Es konnte gezeigt werden, dass dieser Impfstoff verträglich ist und EBV-neutralisierende Antikörper induziert.

In einer Phase-II-Studie an 181 gesunden seronegativen Probanden im Alter von 16-25 Jahren führte die dreimalige Gabe eines ähnlichen EBV-Impfstoffs (gp350) zu einer signifikanten Reduktion des Auftretens einer akuten infektiösen Mononukleose (78 %). Das Risiko einer asymptomatischen EBV-Infektion wurde dabei allerdings nicht verändert. Die Wirkung der Impfung beruht hierbei ausschließlich auf der Induktion von EBV-neutralisierenden Antikörpern, die im Falle einer EBV-Infektion die Viruslast und damit das Auftreten einer klinischen Symptomatik stark reduziert. Andererseits vermag die Impfung nicht eine asymptomatische primäre Infektion zu verhindern.

Mittelfristig sollte daher eine EBV-Impfung entwickelt werden, die auch die zelluläre Immunität (zytotoxische T Zellen) einbezieht und so eine primäre EBV-Infektion generell verhindert. Erste Ergebnisse sind vielversprechend.

Derzeit arbeitet man auch an der Entwicklung von Impfstoffen, die einen immunologischen Schutz vor den sehr seltenen EBV-assoziierten Malignomen (Burkitt-Lymphom, Nasopharynx-Karzinom) induzieren.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Matthias K. Bernhard
Universitätsklinik und Poliklinik
für Kinder und Jugendliche
Liebigstraße 20a
04103 Leipzig
Tel.: 0341 / 97-2624
E-Mail: Matthias.Bernhard@
medizin.uni-leipzig.de

Interessenkonflikt:

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Huppertz



Donnerstag, 15. Februar 2018

Klinikseminare (1 Tag – 8 Stunden):
 Sonographie, EKG, EEG, Pneumologie, Reanimation von Kindern und Jugendlichen, Allergien, Neuropädiatrie, Neugeborenenreanimation, Kinderkardiologie, Hospitation in einer Praxis, Nephrologie. Als Fortbildungsblock wird über 8 Stunden mit begrenzter Teilnehmerzahl in vier 1½ Stundenblöcken die Thematik abgehandelt. Wesentlicher Inhalt dieses Angebots ist die Vermittlung von praktischen Kenntnissen sowie fallbezogenen Arbeit mit klinischer Korrelation. Die Veranstaltungen finden in den Kliniken in Hamburg und Umgebung statt.

Freitag, 16. Februar 2018

Plenarvorträge Päd-Ass Basiswissen: Dermatologie; Neuropädiatrie; Früherken-

nungsuntersuchungen; Sozialpädiatrie; Gastroenterologie; Pneumologie; Kinderurologie; Kinderneurologie; Ernährung; Arbeit des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin in der Praxis; Arbeitszufriedenheit und Elternglück

Referenten: Prof. P. Höger; Prof. F. Aksu; Prof. R.G. Schmid; Dr. C. Fricke; Dr. G. Burmester; Prof. P. Stock; Prof. M. Fisch; PD Dr. J. Oh; Prof. M. Radke; Dr. S. Renz; Prof. W. Kölfen

Samstag, 17. Februar 2018

Pädiatrischer Notfall; Stoffwechselerkrankungen; Infektiologie; Neonatologie; Zukunft in der Praxis für die Kinder- und Jugendmedizin; Neues von und für uns Weiterzubildende; Hämatologie

Referenten: Dr. P. Deindl; Prof. A.C. Muntau; Dr. C. Kemen; Dr. S. Schmidtke; Dr. T. Fischbach; Dr. S. Bartels; Prof. G. Janka

Sonntag, 18. Februar 2018

Televoting-Quiz: Röntgenbilder: Beurteilung und Differenzierung von Normalbefunden und Pathologie; Sonographie des Urogenitaltrakts und der Oberbauchorgane
Referenten: Dr. G. Hahn; Dr. J. Schulz

Samstag, 17.02. und Sonntag, 18.02.2018

Seminare zur Erweiterung des Basiswissens: Hämatologie, Kinderkardiologie, Pneumologie, Gastroenterologie, Neuropädiatrie, Kinderneurologie, Kinderendokrinologie, Onkologie, Neonatologie, Reanimationstraining, Stoffwechselerkrankungen, Kinderdermatologie, Kinderurologie, Ernährung, Videoseminar „Das Überbringen schlechter Nachrichten“

Seminare zum Erwerb spezieller Kenntnisse:

Anfälle im Kindesalter, Entwicklungsdiagnostik, Lungenfunktionsdiagnostik, Nah-

rungsmittelnunverträglichkeit, Tatort Haut, Einführung in die EEG-Diagnostik, Praktische Therapie des Diabetes, Vorsorgeuntersuchungen, Praxisalltag, Kenntnisse in der Jugendmedizin, neuropädische Untersuchung, Radiologie, Rheumatologie, Säuglingsernährung, Bauchschmerzdiagnostik, Kinderurologisches Basiswissen, Entwicklungs- u. Verhaltensstörungen, Kinderchirurgische Erkrankung des Abdomens, Beatmung Früh- u. Neugeborener, Kindesmisshandlung, Schmerzbehandlung, Kinderdermatologie, Fieber und Fiebersyndrome, Sozialpädiatrie, Hepatologie, Wundversorgung, Kindertraumatologie, Verbrennung und Verbrühung, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gefäßfehlbildungen, Kinder- und Jugendgynäkologie

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. R. Schmid

Ausführliches Programm:

www.bvkj.de

Infos und Anmeldung:

BVKJ e.V., Team Fortbildung
 per Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

Teilnehmergebühren:

Für Mitglieder im BVKJ e.V.:

• Teilnahme am 15.02.2018: 95,-€

• Teilnahme vom 16.-18.02.2018: 310,-€

Für Nichtmitglieder im BVKJ e.V.:

• Teilnahme am 15.02.2018: 190,-€

• Teilnahme vom 16.-18.02.2018: 520,-€

Die Mitgliedschaft für Assistenten in der Weiterbildung zur Kinder- und Jugendmedizin ist im ersten Jahr der Weiterbildungszeit kostenlos, danach beträgt der Beitrag 30,-€ pro Jahr.

Bitte per Fax senden an: 02 21/6 89 09 78

ANMELDUNG zum 15. Assistentenkongress in Hamburg vom 15.02.-18.02.2018

ich bin Mitglied im BVKJ ich bin kein Mitglied im BVKJ Bitte um Zusendung der Beitrittsinformationen

Ich möchte teilnehmen:

am Donnerstag, 15.02.2018 Mein Klinik-Seminarwunsch: _____

für Mitglieder 95,-€ für Nichtmitglieder 190,-€

von Freitag, 16.02. bis Sonntag 18.02.2018

für Mitglieder 310,-€ für Nichtmitglieder 520,-€

an der Stadtrallye, Freitagabend Abendveranstaltung auf dem Museumsschiff, Samstag

Meine Seminarwünsche für Samstag und Sonntag sind: 1. _____ 2. _____

3. _____; Alternativ 4. _____ 5. _____ 6. _____

Name/Vorname: _____ Mail: _____

Anschrift: _____

Datum / Ort _____ Unterschrift / Stempel _____

Episodische Syndrome der Kindheit



Dr. Michaela V. Bonfert¹

Dr. Dipl.-Psch.
Mirjam N. Landgraf¹

Dr. Iris Hannibal¹

Dr. Lucia Gerstl¹

Dr. Beate Kusser³

Prof. Dr. Florian Heinen^{1,2}

1 LMU, Klinikum der Universität München, Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Abteilung für Pädiatrische Neurologie, Entwicklungsneurologie, Soziale Pädiatrie, iSPZ Hauner – LMU Zentrum für komplexe und chronisch kranke Kinder

2 LMU, Deutsches Schwindel- und Gleichgewichtszentrum, Campus Großhadern, München

3 Kinderarztpraxis am Arabellapark, München

Abkürzungen

BPTI Benign Paroxysmal Torticollis of Infancy

BPVC Benign Paroxysmal Vertigo of Childhood

CVS Cyclic Vomiting Syndrome

ICHD Classification of Headache Disorders

IHS International Headache Society

Die Diagnose einer primären Kopfschmerzkrankung im Kindes- und Jugendalter wird wie bei Erwachsenen an Hand der International Classification of Headache Disorders (ICHD) der International Headache Society (IHS) in der gültigen Version aus dem Jahre 2013 (ICHD-III beta) gestellt.

Diese berücksichtigt auch die Pädiatriespezifischen Migräneäquivalente als episodische Syndrome der Kindheit. Die folgenden vier Diagnosen werden als episodische Syndrome, die mit Migräne assoziiert sein können, klassifiziert:

- (1) das zyklische Erbrechen (Cyclic Vomiting Syndrome (CVS))
- (2) die abdominelle Migräne
- (3) der benigne paroxysmale Schwindel des Kindesalters (Benign Paroxysmal Vertigo of Childhood (BPVC))
- (4) der benigne paroxysmale Torticollis des Säuglingsalters (Benign Paroxysmal Torticollis of Infancy (BPTI)).

Diese Erkrankungen können als (frühe) Vorläufer einer Migräne anamnestisch wichtig und diagnosestützend sein. Es geht also darum diese Phänomene zu kennen, richtig zu diagnostizieren und im Kontext von einer im späteren Lebensalter möglichen Migräne zu verstehen.

In wie weit auch noch andere pädiatrische, episodisch auftretende klinische Symptomenkomplexe wie Pavor nocturnus, Schlafwandeln, Reiseübelkeit, Bruxismus oder Beinschmerzen als sogenannte Wachstumsschmerzen des Kindes in dieses „Migräne-und-episodische-Symptome-der-frühen-Kindheit-Spektrum“ eingeordnet werden können, ist Gegenstand aktueller Diskussion.

Die Assoziation der Drei-Monats-Koliken im Säuglingsalter zu einer späteren Migräne regt zum pädiatrischen Umdenken an. Sie werden folgerichtig nun auch im Appendix der IHS-Klassifikation zur Migräne aufgeführt.

All diese Überlegungen bestärken in der Annahme, dass die genetisch bedingte Migräne auch schon in der Kindheit und Jugend mehr ist als nur das Symptom „Schmerz“: Sie umfasst ein ganzes Spektrum komplexer Symptome und hat Charakteristika des jeweiligen Entwicklungsalters, anders ausgedrückt: „Migraine is a brain state“.

Die korrekte Diagnosestellung durch den Kinder- und Jugendarzt und die offene und kompetente Kommunikation gegenüber den Eltern ist oft schon als Arztgespräch therapeutisch erfolgreich und erspart Patienten und Familien langwieriges und belastendes „doctor hopping“.

Migräneäquivalente im Kindes- und Jugendalter

Das zyklische Erbrechen (CVS) wird bei Kindern mit einer Prävalenz von 1,9 bis 2,3% beobachtet. Es beginnt im Kleinkindes- und Vorschulalter und kann in der Regel bis zum zehnten Lebensjahr persistieren (in Einzelfällen auch länger). Typisch für das CVS ist ein Verlauf in drei Phasen. Die Symptome der *Prodromalphase* entsprechen den „premonitory symptoms“ einer Migräne (z.B. Stimmungsschwankungen, Konzentrationsstörungen, Inappetenz, Heißhungerattacken, Müdigkeit, auffallende Blässe, Lichtempfindlichkeit, Nackensteife, häufiger Harndrang). Die Phase des *wiederholten (im Verlauf galligen) Erbrechens* beginnt in den Abend- oder frühen Morgenstunden. Weitere Symptome wie z.B. abdominelle Schmerzen, Kopfschmerzen, Hypersalivation, (leicht) erhöhte Körpertemperatur und dünner Stuhlgang sind häufig. Laborchemisch kann eine Leukozytose bestehen. Im Mittel nach 24 Stunden setzt spontan die *Erholungsphase* ein. Als Komplikationen des CVS sind Dehydratation mit Elektrolytstörung, Gastritis, Ösophagitis, Mallory-Weiß-Ruptur, Gewichtsabnahme und Zahnschmelzschädigung zu nennen (Tabelle 1).

Die Prävalenz der **abdominellen Migräne** liegt zwischen 2,4 und 4,1% bei Kindern mit rezidivierenden Bauchschmerzen. Sie beginnt in der Regel im Grundschulalter (Peak bei zehn Jahren). Wie der Kopfschmerz bei der Migräne mit seinem imperativen Akut-Charakter führen hier die abdominellen Schmerzen (Intensität moderat bis ausgeprägt; Charakter dumpf oder kolikartig; Lokalisation meist periumbilikal) zu einem Abbrechen jeglicher Aktivität. Kopfschmerzen werden dabei nicht angegeben (ansonsten Diagnose: Migräne ohne Aura). Um die Diagnose zu stellen, werden zwei oder mehr Episoden pro Jahr gefordert (Tabelle 1).

Der **benigne paroxysmale Schwindel des Kindesalters (BPVC)** beginnt meist im dritten bis fünften Lebensjahr und zeigt im Alter von acht bis zehn Jahren eine Spontanremission. Er ist eine der häufigsten Differenzialdiagnosen des kindlichen Schwindels (bei 18% der Pati-

enten mit Vorstellungsgrund Schwindel). Ein akut einsetzender und meist nur sehr kurz anhaltender (<5 Minuten), selbstlimitierender Schwindel ohne Hörverlust und ohne Tinnitus, aber mit Gleichgewichtsstörung und Nystagmus ist das Leitsymptom des BPVC. Autonome Symptome wie z.B. Übelkeit, Erbrechen, Blässe und vermehrtes Schwitzen können assoziiert sein. Vor allem junge Kinder empfinden Angst, wenn sie das Schwindelgefühl nicht einordnen können. Betroffene Kinder suchen plötzlich Halt bei einer Person oder einem Gegenstand um einen physiologischen und psychologischen „proprioceptive link“ herzustellen. Eltern beschreiben die ungewohnte Ungeschicklichkeit und/oder Gangunsicherheit. Der Schwindel beginnt in der Regel bei einer plötzlichen Veränderung der Kopfposition. Es bestehen Überlappungen zum benignen paroxysmalen Tortikollis des Säuglingsalters (Benign Paroxysmal Torticollis of Infancy (PBTI, s.u.) (Tabelle 1).

Der *benigne paroxysmale Tortikollis des Säuglingsalters (BPTI)* ist eine seltene Form der episodischen Syndrome, die sich bei Säuglingen im Alter von zwei bis acht Monaten manifestiert und meist in monatlichen Intervallen auftritt. Eine plötzliche Kopfschiefhaltung, in einigen Fällen von Erbrechen oder Ataxie (v.a. ältere Kinder) begleitet und spontan sistierend ist das Leitsymptom. Die Kopfschiefhaltung kann während der Attacke passiv gelöst werden. Die Frequenz nimmt mit steigendem Alter ab. Bis zum Alter von fünf Jahren sistiert die Symptomatik. Differenzialdiagnostisch ist immer eine infratentorielle Raumforderung auszuschließen (Tabelle 1).

Diagnosestellung

Die diagnostischen Hauptinstrumente sind die strukturierte, Episoden-fokussierte Anamnese mit dem Kind und seinen Bezugspersonen und die sorgfältige neurologisch-pädiatrische, klinische Untersuchung. Bei Übereinstimmung der erho-

benen anamnestischen Daten, klinischen Symptome und Untersuchungsbefunde mit den entsprechenden Kriterien der IHS-Klassifikation, lässt sich in aller Regel *klinisch* die Diagnose eines episodischen Syndroms stellen und durch den in der Praxis kontrollierten Verlauf mit seinem typisch raschen Erreichen der kompletten Beschwerdefreiheit sichern.

Behandlung

Einen hohen Stellenwert in der Behandlung kommt der korrekten Diagnostikstellung und der damit einhergehenden Beratung über die biologischen Grundlagen (bio-psycho-soziales Schmerzmodell) und der Prognose zu.

In Analogie zu den primären Kopfschmerzerkrankungen kann darüber hinaus z.B. beim CVS oder der abdominalen Migräne das konsequente Führen eines Symptom-Tagebuchs (z.B. über zwei bis vier Wochen) hilfreich sein, um einen Überblick über die Frequenz, die Inten-

	CVS	Abdominelle Migräne	BPVC	BPTI
A	≥ 5 Attacken	≥ 5 Attacken	≥ 5 Attacken	≥ 5 Attacken
B	Stereotype, patientenspezifische episodische Attacken starker Übelkeit und Erbrechens mit vorhersagbarer Regelmäßigkeit	Der Bauchschmerz weist mind. 2 der folgenden Charakteristika auf: Lokalisation in der Mittellinie, periumbilikal oder schlecht zu benennen, dumpfer Charakter oder einfach nur als Schmerz zu beschreiben, mittlere oder starke Schmerzintensität	Wiederholte Episoden von Schwindel, die ohne Vorwarnung auftreten, ihr Intensitätsmaximum am Anfang zeigen und nach Minuten oder Stunden spontan abklingen; kein Bewusstseinsverlust	Wendung des Kopfes zu einer Seite, mit oder ohne leichte Rotation, die nach Minuten bis Tagen spontan abklingt.
C	Die Attacken weisen alle eine der folgenden 3 Charakteristika auf: Mind. 4-malige Übelkeit und Erbrechen pro Stunde, Dauer der Attacken 1 Stunde bis 10 Tage, Abstand zwischen den Attacken beträgt mind. 1 Woche	Während der Attacken bestehen mindestens zwei der folgenden Symptome: Inappetenz, Übelkeit, Erbrechen, Blässe (dunkle Augengeringe)	Während der Attacke besteht mindestens eines der folgenden Symptome: Nystagmus, Ataxie, Erbrechen, Blässe, Angst	Während der Attacke besteht mindestens eines der folgenden Symptome: Blässe, Irritabilität, Unwohlsein, Erbrechen, Ataxie
D	Im Intervall keine gastro-intestinalen Symptome	Die Attacken halten un- oder nicht erfolgreich behandelt 2-72 Stunden an	Im Intervall regelrechte neurologische, audiometrische und vestibuläre Befunde	Im Intervall regelrechte neurologische, audiometrische und vestibuläre Befunde
E	Die Symptomatik ist nicht auf eine andere Erkrankung zurückzuführen	Die Symptomatik ist nicht auf eine andere Erkrankung zurückzuführen	Die Symptomatik ist nicht auf eine andere Erkrankung zurückzuführen	Die Symptomatik ist nicht auf eine andere Erkrankung zurückzuführen

CVS Cyclic Vomiting Syndrome; BPVC Benign Paroxysmal Vertigo of Childhood; BPTI Benign Paroxysmal Torticollis of Infancy

Tab. 1: Diagnosekriterien der IHS – episodische Syndrome der Kindheit; in Anlehnung an die International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version)

sität, die Identifikation von Triggerfaktoren und Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen zu gewinnen.

Besteht eine hohe Frequenz und/oder ein hoher Leidensdruck seitens der Familie sind engmaschige Follow-Up Termine anzustreben, um die Diagnose zu überprüfen, die Effektivität therapeutischer Maßnahmen zu bewerten, eine Chronifizierung oder einen Übergang in eine Migräne des Kindes- und Jugendalters früh zu erkennen und weiter beratend zur Seite zu stehen.

Medikamentöse Therapie der episodischen Syndrome im Kindesalter

Die Akuttherapie des CVS beinhaltet Maßnahmen in der Prodromal- und der Erbrechenphase. Neben klassischen Basismaßnahmen in Analogie zur Migräneattacke (Abschirmung, Ruhe, Schlaf) können in einer auf Grund ihrer Intensität tatsächlich behandlungsbedürftigen *Prodromalphase* grundsätzlich Prokinetika, Antiemetika, Anxiolytika und Triptane zur Unterbrechung oder zumindest Milderung der akuten Episode eingesetzt werden. In der emetischen Phase steht neben der antiemetischen die symptomatische Therapie zur Prophylaxe einer Dehydratation im Vordergrund. Ein Einsatz von Triptanen in dieser Phase kann erfolgreich sein. In der Pharmakoprophylaxe des CVS kommen bevorzugt die Migräneprophylaktika Magnesium, Propranolol und Amitriptylin zum Einsatz. Einzelfälle berichten über eine Wirksamkeit von Topiramaten sowie L-Carnitin und Coenzym Q10.

Zur Behandlung der **abdominellen Migräne** existieren nur sehr limitierte

Daten. In Fallberichten wurde intranasales Sumatriptan als wirksam beschrieben. Zur Prophylaxe erwiesen sich in klinischen Studien mit kleinen Fallzahlen Propranolol und Flunarizin als effektiv.

Für die Behandlung des **BPVC** und des **BPT** fehlen Daten gänzlich. Auf Grund der Zuordnung zu den migräne-assoziierten Syndromen kann, falls notwendig, der Versuch einer Prophylaxe mittels eines der etablierten Migräneprophylaktika sinnvoll sein.

Alle Patienten mit periodischen Syndromen bzw. deren Bezugspersonen sollten über die notwendige Erprobung der Wirksamkeit von Basismaßnahmen in Form von Lebensstilveränderungen- und Vermeidung von Triggerfaktoren analog zur Beratung bei Migräne/Spannungskopfschmerzen aufgeklärt werden.

Fazit für die Praxis

Episodische Syndrome der Kindheit sind

- **selten**, ... aber je mehr und richtiger man fragt, desto häufiger werden diese Symptome geschildert.
- **relevant für Kind & Familie**, die angsteinflößende Symptomatik bedarf einer kompetenten Beratung.
- **diagnostisch „klinisch“ eindeutig** ... typisches Alter, typischer Verlauf ... gesichert mit dem in der Praxis kontrollierten Verlauf über mehrere Episoden.
- **therapeutisch durch Aufklärung und episodengerechtes Verhalten (Abschirmung, Ruhe, Schlaf) zu managen** ... anders ausgedrückt: Aufklärung durch das ärztliche Gespräch *ohne* die Verschreibung von Medikamenten

steht *immer* an erster Stelle; nur wenn dieses im Verlauf nicht „reicht“, wird in Zusammenarbeit mit einem Kinderneurologen die Eskalation zur Pharmakotherapie entschieden.

- **Prognostisch günstig** und selbstlimitierend ... es besteht eine gewisse Assoziation zu späterer Migräne, diese ist zwar „akademisch spannend“, aber so gering ausgeprägt und für den Einzelnen nichtssagend, dass aus diesem Wissen eben keine Beunruhigung von betroffenen Kindern und ihren Eltern abgeleitet werden sollte.

Vertiefende Informationen zum Thema Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter in Kinder- und Jugendarzt, 6/2016, S. 380 ff.

Weiterführende Literatur bei den Verfassern.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Michaela V. Bonfert
LMU Campus Hauner – Kinderneurologie,
Entwicklungsneurologie, Sozialpädiatrie
Dr. von Haunersches Kinderspital
Ludwig-Maximilians-Universität München
Lindwurmstr. 4
80337 München
Tel.: 089/4400-52811
E-Mail: michaela.bonfert@
med.uni-muenchen.de

Interessenkonflikt:

Die Autoren erklärten, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Heinen

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

Die Justitiare des BVKJ e.V., die **Kanzlei Dr. Möller und Partner**, stehen an **jedem 1. und 3. Donnerstag** eines Monats von **17.00 bis 19.00 Uhr** unter der Telefonnummer **0211 / 758 488-14** für telefonische Beratungen zur Berufsausübung zur Verfügung.



Therapie der Streptokokken-Tonsillitis

Frage

Laut der aktuellen AWMF-Leitlinie erhalten Kinder zur Therapie einer Streptokokken-Tonsillitis Penicillin V 100.000 IE/kg KG/Tag in 3 ED über 7 Tage. In den Fachinformationen finden sich Dosierempfehlungen mit 50.000 I.E./kg KG/Tag mit dem Hinweis, dass auch eine Dosisverdoppelung bei schweren Fällen bzw. bei minderempfindlichen Erregern (siehe AWMF-Leitlinie) möglich ist.

- Worauf basiert diese Leitlinien-Empfehlung? Bei den meisten Patienten treffen die o.g. Spezialfälle nicht zu, kann dann trotzdem mit der niedrigeren Dosis behandelt werden? Beträgt die Therapiedauer dann auch 7 Tage? Was ist die Tageshöchstdosis?
- Unter 3 Jahren tritt eine Streptokokken-Tonsillitis zwar selten auf, aber welche Dosis ist im Falle eines positiven Streptokokken-Nachweises dann zu empfehlen?

Antwort

Die aktuelle S2k-Leitlinie zur „Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenmandel – Tonsillitis“ (1) gibt die genannte Dosierungsempfehlung in Übereinstimmung mit dem aktuellen DGPI-Handbuch und anderer Lehrbüchern. Man muss sagen, dass es hierfür wohl keine Begründung aus klinischen Studien gibt. Die DGPI hat die Dosisempfehlung von 100.000 IE/kg KG/Tag schon in der 1. Auflage ihres Handbuchs im Jahr 1995 (2) ausgesprochen und bereits in früheren Stellungnahmen empfohlen (3). So wurde beispielsweise die Empfehlung aus dem Jahr 1992 damit begründet, „nur mit dieser relativ hohen Dosierung sei gewährleistet, dass die Konzentrationen im Tonsillengewebe hoch genug sein, um die Streptokokken zu eliminieren“ (3). Die dieser Empfehlung zugrundeliegenden experimentellen Ansätze sind allerdings problematisch; dort wurden extirpierte Tonsillen homogenisiert und im Homogenisat die Penicillinkonzentration gemessen. Ob die so gewonnenen Befunde relevant und übertragbar sind, ist fraglich, die daraus abgeleitete Empfehlung einer höheren Dosis wurde jedenfalls übernommen.

Die hohe Dosierung wurde analog auch damit gerechtfertigt, dass die „normale“ Penicillin-Dosierung in ihren mikrobiologischen Eradikationsraten anderen Betalaktam-Antibiotika wie den Cephalosporinen unterlegen sei (4, 5). Da nicht die Eradikation per se, sondern der klinische Erfolg das Behandlungsziel ist, kann auch diese Begründung hinterfragt werden. Ich selbst kenne keine Studie, die die klinische Überlegenheit der höheren Dosierung gezeigt hätte. In einer Arbeit von Kaufhold et al., die 1995 eine Studie der deutschen Pharyngitis Study Group publizierten, wurden unterschiedliche Dosierungen und Präparate von Penicillin verglichen (6); es zeigte sich hier kein Unterschied zwischen der hohen (100.000 IE/kg KG/Tag) und der „normalen“ Dosierung (50.000 IE/kg KG/Tag) von Benzathin-Penicillin.

Praktisch stößt man zudem bei der Berechnung mit 100.000 IE/kg KG/Tag sehr rasch an Grenzen; bereits bei einem Körpergewicht von 24 bzw. 30 kg erreicht man die Tagesdosis-Empfehlung der Erwachsenen (2,4 bis 3 Mill. IE/Tag). Insofern könnte sich die Empfehlung der hohen Dosierung im Grunde ohnehin nur an Klein- und Vorschulkinder richten.

Die mittlerweile abgelaufene S3-Leitlinie „Halsschmerzen“ gibt keine kör-

pergewichtsbezogene Dosis an, sondern empfiehlt für Kinder von 2-4 Jahren (15-22 kg) eine Dosierung von 900.000-1,4 Mill IE/Tag, in der Altersgruppe 4-8 Jahre (22-30 kg) 1,2-1,8 Mill IE/Tag, jeweils entsprechend 60.000 IE/kg KG/Tag, von 8-12 Jahren (über 30 kg) 1,2-2,4 Mill IE/Tag, aufgeteilt in 3 Einzeldosen (7).

Somit kann man zusammenfassen:

1. Wahrscheinlich ist die Dosierung 50.000 IE/kg KG/Tag im Regelfall ausreichend.
2. Die Therapiedauer beträgt auch mit dieser Dosierung im Regelfall 7 Tage.
3. Die Leitlinien empfehlen nur für komplizierte Fälle eine Behandlungsdauer von 10 Tagen.
4. Die Fachinformationsempfehlung zur höheren Dosierung ist für A-Streptokokken-Infektionen insofern nicht zielführend, als es bei A-Streptokokken keine „minderempfindlichen“ Erreger gibt. Tatsächlich mag man aber in bestimmten Fällen, z. B. rezidivierende Infektionen oder andere komplizierende Faktoren, eher eine höhere Dosierung bevorzugen. Als Tageshöchstdosis wäre die in der Fachinformation gegebene Erwachsenen-Höchstdosis anzuwenden.
5. Bei Kindern unter 3 Jahren sind A-Streptokokken-Pharyngitiden sehr selten. Es gelten ansonsten die gleichen Behandlungsindikationen und Dosisempfehlungen wie für ältere Kinder.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Reinhard Berner
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Klinik und Poliklinik
für Kinder- und Jugendmedizin
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

Das „consilium“ ist ein Service im „KINDER- UND JUGENDARZT“, unterstützt von INFECTOPHARM. Kinder- und Jugendärzte sind eingeladen, Fragen aus allen Gebieten der Pädiatrie an die Firma InfectoPharm, z. Hd. Frau Dr. Kristin Brendel-Walter, Von-Humboldt-Str. 1, 64646 Heppenheim, zu richten. Alle Anfragen werden von namhaften Experten beantwortet. Für die Auswahl von Fragen zur Publikation ist der Chefredakteur Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, redaktionell verantwortlich. Alle Fragen, auch die hier nicht veröffentlichten, werden umgehend per Post beantwortet. Die Anonymität des Fragers bleibt gegenüber dem zugezogenen Experten und bei einer Veröffentlichung gewahrt.



Review aus
englischsprachigen Zeitschriften

Dosierungs-Fehler und Dosierungs-Hilfen bei flüssigen Arzneimittel-Anwendungen: ein randomisiertes kontrolliertes Experiment.

Liquid Medication Errors and Dosing Tools: A Randomized Controlled Experiment
Yin HS, Parker RM, Sanders LM, et al., *Pediatrics* 138(4): e20160357, Oktober 2016

Es handelt sich um eine randomisierte Dosierungs-Studie in 3 urbanen Pädiatrie-Ambulanzen in New York (Bellevue), Stanford (Gardner Packard Children's Health Care Center) und Atlanta. (Children's Healthcare of Atlanta at Hughes Spalding) von August 2013 - Dezember 2014. Englisch oder Spanisch sprechende Eltern von Kindern (n = 2110) ≤ 8 Jahren, denen ein Arzneimittel in flüssiger Form verordnet wurde, wurden nach schriftlicher Aufklärung und Zustimmung randomisiert, einem von 5 Studien-Armen zugeordnet mit vorgegebenen Dosierungs-Etiketten, die in Einheiten-Paaren variierten (z. B. ml, Teelöffel (≙ 5 ml) oder abgekürzt Teel.)

Jeder Elternteil musste 9 flüssige Medikamenten-Dosen in randomisierter Reihenfolge abmessen: 3 Volumina (2,5; 5 und 7,5 ml) und 3 Hilfswerkzeuge (1 Dosierungsbecher, 2 Spritzen (0,3 ml- und 0,5ml-Markierungen). Studien-Ziel waren Dosierungsfehler (>20% Abweichungen; grobe Fehler wurden definiert als > 2-fache Dosis). Während der Sprechstunden-Zeiten, zu denen die Untersuchung stattfand, hat der Forschungs-Assistent die Eltern und Betreuer fortlaufend beurteilt, um deren Eignung herauszufinden.

Einschlusskriterien waren das Alter der Eltern (oder deren gesetzliche Vertreter) ≥18 Jahre mit einem Kind ≤8 Jahren (nicht zu einer Notfallversorgung vorgestellt), Englisch oder Spanisch

sprechend und gewöhnlich für die Arzneimittelverabreichung des Kindes zuständig war und bisher keine Teilnahme an einer Medikamenten-Studie. **Ausschlusskriterien** waren u.a. Seh- und Hörschwäche und Kinder oder Eltern, die zu krank waren um teilzunehmen. Die Teilnehmer unterschrieben eine Zustimmung nach Aufklärung. Danach wurden die Teilnehmer randomisiert einer von fünf Gruppen zugeordnet.

Die **Gruppen unterschieden sich** in paarweisen Einheiten, die auf dem Arzneibehälter und dem Dosismessgerät aufgedruckt waren: ml-ml (Gruppe 1), ml und Teel. - ml und Teel. (Gruppe 2), ml und Teelöffel- ml und Teel. (Gruppe 3), ml- ml und Teel. (Gruppe 4), Teelöffel - ml und Teel. (Gruppe 5).

Da von verschiedenen Organisationen die alleinige Bezeichnung Milliliter empfohlen wurde, wurde die Gruppe 1 als Gold-Standard betrachtet. Die Randomisierung fand mittels eines Randomisierungs-Ziffern-Generators statt. Der leitende Studien-Koordinator generierte die Studienzuordnungs-Sequenz. Sobald das Dosierungs-Schema initiiert war, war es für die Teilnehmer nicht möglich, verblindet zu bleiben, da auf Etiketten und Hilfsmitteln die Dosierungsangaben standen. Jeder Betreuer wurde beauftragt, 3 Dosen abzumessen: 2,5, 5 und 7,5 ml unter Verwendung von 3 Hilfsmitteln (insgesamt 9 Versuche). Die Hilfsmittel waren zwei 10 ml- Spritzen, eine mit 0,2 ml-Markierungen eine mit 0,5 ml-Markierungen und ein Dosierlöffel mit einem Volumen von 30 ml. Die Reihenfolge, in der die Dosierungshilfen von den Betreuern angewandt wurden, wurden mit Hilfe eines Randomisierung-Nummern-Generators festgelegt. Die Beschriftung der Medikamentenbehälter lag in Englisch und Spanisch vor, je nach Bevorzugung durch die Betreuer.

Primärer Endpunkt waren Dosierungsfehler. Die Größe des Fehlers wurde in einem Protokoll festgelegt. Ein **Fehler** wurde definiert, wenn die Dosis **20%** der Etiketten-Menge überschritt, ein grober Fehler, wenn die gemessene Dosis mehr als **doppelt so hoch war wie die Verordnung**.

Nahezu alle Eltern (99,3 %) machten wenigstens eine Falschmessung.

84,4 % der Eltern machten **≥1 Dosierungsfehler (21,0 % ≥ 1 groben Fehler)**. Mit den Dosierungs-Löffeln wurden mehr Fehler gemacht als mit den Spritzen (Odds Ratio 4.6; 95 % Confidence Intervall 4.3-5.1) p<,001 besonders bei kleineren Dosen. Zwischen den 2 Spritzen-Typen wurden keine Fehler-Unterschiede nachgewiesen.

Die Verwendung von Beschriftungen mit Teelöffel /mit Teel. und ml-Werkzeug war mit mehr Fehlern assoziiert als mit Beschriftungen nur mit ml.

Die Autoren empfehlen die Verwendung von Spritzen anstelle von Dosis-Löffeln. Besonders bei kleineren Dosen sollten sie Teil einer konzentrierten pädiatrischen Etikettierungs- und Dosierungs-Strategie zur Vermeidung von Dosierungs-Fehlern sein.

Den Eltern wurden nur Volumenangaben aufgetragen. Wieviel größer wäre der Fehler ausgefallen, wenn Massenangaben in Volumen bei bekannter Konzentration hätten umgerechnet werden müssen.

Kommentar

Die mit großem konzeptionellen und organisatorischen Aufwand durchgeführte Studie mag vorwiegend auf US-amerikani-

sche Verhältnisse zutreffen, wo metrische Einheiten im täglichen Leben kaum vorkommen. Sie ist aber in ihren Einzelheiten und Ergebnissen durchaus auch für deutsche Praxis-Verhältnisse vergleichbar. Der große Anteil von Fehlmessungen ist nicht wirklich überraschend, eher sein Ausmaß im Einzelfall.

Die Medikamenten-Dosierungen, besonders bei Kleinkindern und Säuglingen, bedürfen sicher auch hierzulande einer systematischen Überprüfung.

Führt die Schwangerschaft zu Veränderungen in der Hirnstruktur?

Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure

Hoekzema E et al., *Nature Neurosci*, Dezember 2016

Die meisten Frauen werden zumindest einmal in ihrem Leben schwanger. Die Schwangerschaft führt zu einer biologischen Anpassung mit hormonellen Veränderungen, die sich nicht nur im aktuellen, sondern auch im späteren Verhalten abbilden. Diese radikalen physiologischen und physischen Einflüsse auf das mütterliche Gehirn sind weitestgehend unbekannt geblieben. Nur an Tieren konnte bisher gezeigt werden, dass die Schwangerschaft mit Veränderungen des Verhaltens, des Nervensystems, der Dendriten-Morphologie, der zellulären Proliferation und der Gen-Expression einhergeht. Diese Veränderungen scheinen, einen bleibenden Einfluss auf das Verhalten auszuüben. Hierin unterscheiden sich nullipare von multiparen Tieren. Auch bei Frauen wurden Verhaltensänderungen in der Schwangerschaft beobachtet. Führen sie auch zu einer Veränderung der Hirnstruktur?

Die Autoren haben jetzt eine prospektive Studie zur Erfassung der Hirnstruktur vor und nach der Schwangerschaft bei Erstgebärenden im Vergleich zu nulliparen Frauen durchgeführt. Sie haben untersucht, ob die Schwangerschaft mit Veränderungen in der grauen Substanz (GS) verbunden ist. Sie beobachteten die GS im Schwangerschaftsverlauf über Hirnoberflächenanalysen und über eine 2-jährige follow-up Periode. Sie haben weiter untersucht, ob eine Beziehung zwischen den Veränderungen im funktionellen MRT postpartum mit der späteren Mutter-Kind-Bindung nachgewiesen werden konnte. Zusätzlich untersuchten die Autoren bei Frauen Ausmaß und Spezifität der GS-Veränderungen, die mit einer multivariaten Muster-Strukturerkennungs-Software erfasst wurden und mit den Mustern bei Männern verglichen wurden, die erstmals oder noch nicht Vater geworden waren.

Im Ergebnis konnte gezeigt werden, dass die Schwangerschaft mit ausgeprägten und lange anhaltenden Veränderungen der GS in Hirnregionen einhergeht, die mit allgemeinen Verhaltensänderungen im Bereich der Kognition und der sozialen Interaktionen verbunden sind. Alle Frauen, die schwanger oder nicht schwanger waren, konnten auf Grund der Volumenänderungen im Test erkannt werden. Die Untersucher konnten nachweisen, dass Rückgang der GS in den Hirnregionen stattfand, die am meisten auf das Baby im postnatalen funktionellen MRT anspra-

chen. Darüber hinaus konnten die Autoren zeigen, dass die Volumenänderungen in der GS Surrogat-Marker für die Qualität der späteren Mutter-Kind-Beziehung sind.

Korrespondenzadresse:

Helmut Helwig, Freiburg

Kommentar

Gibt es ein verändertes Gehirn nach der Schwangerschaft? Die Schwangerschaft der Säugetiere führt zu Veränderungen in der maternalen Physiologie, die zum Erhalt der Schwangerschaft, der fetalen Entwicklung, der Geburt und Aufzucht der Jungen erforderlich sind. Das weibliche Verhalten, Kognition, Motivation und soziale Interaktionen verändern sich in der Schwangerschaft und bleiben bis weit in die Zeit nach der Geburt erhalten. Diese Veränderungen passen sich den Herausforderungen der Mutterschaft an. Schwangere berichten anekdotenhaft öfter über vermehrte Vergesslichkeit und Aufmerksamkeitsstörungen. In mehreren tierexperimentellen und klinischen Studien wurden länger andauernde Veränderungen im Angstverhalten und der kognitiven Struktur dokumentiert. Inwieweit die Schwangerschaft Ängste beeinflusst, ist noch unklar. Ein verändertes Angstverhalten und Panikstörungen wurden bis zu einem Jahr postpartum beschrieben. Schwangere scheinen andererseits bei der sozialen Wahrnehmung und der Erkennung von vor allem männlichen Gesichtern besser zu sein als Nicht-Schwangere, was von einigen Autoren als evolutionärer Schutz interpretiert wird.

Die Studie von Hoekzema et al. zeigt jetzt erstmals, dass die Schwangerschaft bei primiparen Frauen mit konsistenten Veränderungen der Hirnstruktur einhergeht. Alle Frauen, die schon schwanger waren, konnten im MRI von Frauen, die noch nicht schwanger waren, sicher unterschieden werden. Diese Veränderungen waren für Schwangere spezifisch. Sie konnten nicht bei Männern, die erstmals Vater geworden waren, nachgewiesen werden. Veränderungen in der grauen Substanz der Hirnrinde fanden überwiegend in Bereichen statt, die mit der sozialen Kognition assoziiert werden. Das mütterliche Gehirn scheint sich unter der Schwangerschaft zu reorganisieren, was zu einer verbesserten sozialen Wahrnehmung führt. Diese genetisch bedingten Veränderungen scheinen lange anzuhalten und der werdenden Mutter zu ermöglichen, sich an die veränderten Lebensbedingungen einer Mutterschaft anzupassen.

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Steckbrief zu: Kratom (*Mitragyna speciosa*)

Chemische Bezeichnung: Alkaloide Mitragynin und 7-Hydroxymitragynin, die im Gehirn am μ -Opioidrezeptor stark analgetisch wirken.

Straßennamen(n): „Legal High“, Vertrieb aus den Herstellerländern Indonesien, Thailand, Philippinen über Internet – online-shops.

Dosierung(en): Nach Effekt, weil der Wirkeintritt bereits 10 Minuten nach Ingestion einsetzt, die Wirkdauer beträgt 1-2 Stunden.

Einnahmeform: Frische grüne Blätter werden gekaut, getrocknete Blätter werden geraucht oder es wird ein Teeaufguss daraus zubereitet.

Interaktionen: Eine Wirkverstärkung durch Opioide ist bekannt und kann zu gefährlichen Überdosierungen führen.

Straßenpreis(e): 50 Gramm Blattpulver kosten zwischen 13,00-16,00 Euro; bei einer Einzelkonsumdosis von 4-5 Gramm entspricht das 1,30 bis 1,50 pro ED.

Erwünschte Wirkung(en): In niedriger Dosis anregend bis stimulierend, in höheren Dosierung eher narkotisierende Wirkung neben den schmerzstillenden Effekten.

Unerwünschte Wirkung(en): Übelkeit, Erbrechen, Muskelzittern, gelegentlich auch Muskel- und Gelenkschmerzen; seröse Rhinitis.

Symptome bei Überdosierung: Es gibt Berichte über Atemstillstände und Todesfälle, die auf Beimengungen von Tramadol oder morphinhaltigem Hustensaft zurückzuführen waren.

Nachweismethoden: In Routinedrogenscreenings nicht enthalten; in Speziallabors mittels GC-MS oder LC-Tandem-MS nachweisbar.



Therapieoptionen akut: Es gibt kein spezifisches Antidot, bei Atemdepression (cave Beimengungen) wäre Narcan® zu erwägen (Intensivmedizinisches Setting).

Langzeitfolgen: Wegen der Wirkung auf die μ -Opioidrezeptoren kann regelmäßiger Konsum von Kratom zu körperlicher Abhängigkeit mit Entzugssymptomen führen; daneben wird bei Langzeitkonsum von Gewichtsverlust, chronischer Müdigkeit, Obstipation und Hyperpigmentierung der Wangen berichtet.

Korrespondenzadresse:

Dr. Matthias Brockstedt
Suchtbeauftragter BVKJ e. V.
Ärztlicher Leiter Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
Berlin-Mitte
Reinickendorfer Str. 60b
13347 Berlin-Mitte
Tel.: 030/901846132/30
E-Mail: Matthias.brockstedt@ba-mitte.berlin.de

Red.: Heinen

Welche Diagnose wird gestellt?

Charlotte Eisner, Peter H. Höger

Anamnese

Ein 11-jähriges syrisches Mädchen stellt sich mit einem seit sechs Monaten wachsenden solitären Tumor am Schienbein in der Notaufnahme des Kinderkrankenhauses vor. Da sie viel Sport treibe, ist ein Trauma in dem Bereich nicht ausgeschlossen. Schmerzhaft sei der Tumor nicht. Das Mädchen ist ansonsten gesund.

Untersuchungsbefund

11 Jahre altes Mädchen in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Am linken Schienbein ein zystisch anmutender, zerklüfteter, rot-livider Tumor, keine Ulzeration. Die Lymphknoten waren allseits nicht vergrößert palpabel. Das Mädchen wies keine B-Symptomatik auf. Die Laborbefunde waren unauffällig.

Histologischer Befundbericht (Dermatohistopathologie Friedrichshafen):

Epithelialer Tumor mit lobulärem Aufbau. Duktale tubuläre und zystische



Abb. 1: Tumor am Schienbein



Abb. 2: Nahaufnahme solitären zerklüfteten Tumors

Strukturen mit zylindrischer bis kubischer Epithelauskleidung. Stellenweise solide Epithelverbände mit gleichförmig runden Zellkernen und relativ hellem Zytoplasma. Gefäßreiches Stroma. Kein Anhalt für Bösartigkeit.

Welche Diagnose wird gestellt?

Diagnose

Noduläres Hidradenom (Syn.: Klarzell-Myoepitheliom, Klarzell-Hidradenom)

Das noduläre Hidradenom (NH) ist ein gutartiger, meist solitärer, langsam wachsender dermaler Tumor von ekkriner oder apokriner Differenzierung (1). Erwachsene sind häufiger als Kinder betroffen. Bei Frauen und Mädchen treten Hidradenome etwa doppelt so häufig auf wie beim männlichen Geschlecht. Wie auch bei einigen anderen Tumoren beschrieben, fand sich in etwa 50 % der untersuchten NH eine Genfusion (hier: *CRTC1-MAML2*) als ätiologisch und differenzialdiagnostisch bedeutsamer Faktor (2). Noduläre Hidradenome können im Bereich der Extremitäten, aber auch im Stammbereich und vereinzelt im Gesicht beobachtet werden. Ihr Wachstum

kann durch Verletzungen beschleunigt werden. Bis zur Exzision vergeht meist ein Jahr, der durchschnittliche Durchmesser liegt dann bei 0,5 – 2,0 cm; vereinzelt wurden aber auch wesentlich größere Hidradenome beobachtet. Typisch für Adnextumoren ekkriner oder apokriner Differenzierung ist die braunrötlich-livide Eigenfarbe (3).

Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Die Diagnose eines noduläres Hidradenoms wird in der Regel erst histologisch gestellt. Differenzialdiagnostisch kann an ein Granuloma pyogenicum gedacht werden, zumal der Tumor rötlich-livide war und ein vorangegangenes Trauma wahrscheinlich erschien. Weiterhin können folgende Differenzialdiagnosen in Betracht gezogen werden: Dermoidzysten, angiomatöses fibröses Histiocytozom, noduläres Malignes Melanom oder Kera-toakanthom.

Therapie

Der Tumor sollte in sano exzidiert werden, da ansonsten Lokalrezidive gehäuft auftreten. Maligne Transformationen, sowie primär maligne noduläre Hidradenome wurden (allerdings vor allem bei älteren Erwachsenen) in bis zu 6,7 % beschrieben.

Literaturangaben

1. Kuma Y et al. A Novel Fusion Gene *CRTC3-MAML2* in Hidradenoma: Histopathological Significance. *Hum Pathol.* 2017 Oct 24. pii: S0046-8177(17)30373-8. doi: 10.1016
2. Nandeesh BN, Rajalakshmi T. A study of histopathologic spectrum of nodular hidradenoma. *Am J Dermatopathol.* 2012;34:461-70
3. Zelger B, Kazakov DV, Zelger BG. Klinische Präsentation von Hautadnextumoren. *Pathologie* 2014; 35:487-96

Korrespondenzadresse:

Dr. Charlotte Eisner, Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstraße 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

Zeitschrift des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Begründet als „der kinderarzt“ von Prof. Dr. Dr. h.c. Theodor Hellbrügge (Schriftleiter 1970 – 1992).

Im Titel und in unseren Artikeln verwenden wir das „generische Maskulinum“: Kinder- und Jugendarzt.

ISSN 1436-9559

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführer: Dr. Michael Stehr, Tel.: (0221) 68909-11, michael.stehr@uminfo.de; Geschäftsstellenleiter: Armin Wölbeling, Tel.: (0221) 68909-13, Fax: (0221) 6890979, armin.woelbeling@uminfo.de.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel.: (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München, Tel.: (089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130,

22149 Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Wiesbaden, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-kliniken.de

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel.: (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de; Dr. Wolfram Hartmann, Im Wenigen Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel.: (02732) 81414, E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Die abgedruckten Aufsätze geben nicht unbedingt die Meinung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. wieder. – Die Herstellerinformationen innerhalb der Rubrik „Nachrichten der Industrie“ sowie die Rubrik „Seltene Erkrankungen“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“ (V.i.S.d.P. Christiane Kermel, Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck).

Druckauflage 12.900
lt. IVW III 2017

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

Redaktionsausschuss: Prof. Dr. Florian Heinen, München, Prof. Dr. Peter H. Höger, Hamburg, Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden, Regine Hauch, Düsseldorf, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, und zwei weitere Beisitzer.

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16,

23552 Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel.: (0201) 8130-104, Fax: (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: mschulz@schmidt-roemhild.com – **Druck:** Schmidt-Römhild, Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 51 vom 1. Oktober 2017

Bezugspreis: Einzelheft € 11,20 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 112,- zzgl. Versandkosten (€ 7,80 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

Für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. ist der Bezug im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte oder Unterlagen lehnt der Verlag die Haftung ab.

Hinweise zum Urheberrecht:

Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

© 2017. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.





Foto: © stalnyk - Fotolia.com

Zeitgerechtes Impfen

„Wir wollten doch noch warten“ waren die tränenerstickten Worte einer Mutter, welcher ich vor einigen Jahren mitteilen musste, dass ihr bis dahin ungeimpfter 6 Monate alter Junge im Rahmen seiner *Haemophilus influenzae Typ B* Meningitis sein Hörvermögen verloren hatte und zudem einen Hydrozephalus entwickelte - tragische und vermeidbare Folgen einer an sich impfpräventablen Infektionskrankheit. Sie kennen diesen eigentlich unlogischen Wunsch mancher Eltern, die bei ihrem jungen Säugling anstehenden Impfungen zu verschieben in der irrigen Annahme, ihr Kind sei noch zu jung dafür und die vorgesehenen Impfungen würden doch sein Immunsystem „überfordern“. Dabei gibt es so überzeugende Argumente für den zeitgerechten Impfschutz: an erster Stelle der frühe eigene Impfschutz, welcher dem nachlassenden passiv erworbenen Nestschutz und der permanenten Expositionsgefahr Rechnung trägt. Eine Studie unter Federführung des Robert Koch-Instituts ruft spezifisch am Beispiel der Rotavirusimpfung einen weiteren, für die meisten Eltern wohl einleuchtenden Grund in Erinnerung: die bessere Verträglichkeit bei früher Impfung. In ihrer Metanalyse untersuchten Judith Koch und Kollegen das Invaginationrisiko nach Impfung gegen Rotaviren [Dtsch Arztebl Int 2017; 114:255-62]. Auf der Basis von zehn berücksichtigten qualitativ hochwertigen Studien im „self controlled case series“ Design, bei dem jeder Patient gleichzeitig seine eigene Kontrolle darstellt, kamen sie zu folgender Erkenntnis: insgesamt war das relative Risiko, innerhalb von einer Woche nach der 1. Impfdosis eine Invagination zu erleiden, 5,71 (95% Vertrauensbereich 4,50-7,25). Für die 2. Dosis betrug es 1,69 (1,33-2,14), für die 3. Dosis war es dann mit 1,14 (0,75-1,74) nicht mehr signifikant erhöht. Das der Impfung zuzuschreibende Risiko, welches berücksichtigt, dass ja auch ohne Rotavirusimpfung in diesem Alter Invaginationen auftreten können (ca. 60 pro 100'000 Säuglinge pro Jahr), betrug bei zeitgerechter Gabe der 1. Dosis, d.h., vor dem Alter von 3 Monaten, 1,7 (1,1-2,7) zusätzliche Invaginationen auf 100'000 Dosen im Vergleich zu 5,6 (4,3-7,2) bei verzögerter Gabe ab dem Alter von 3 Monaten. Für die schon weniger problematische 2. Dosis waren es bei Gabe vor dem Alter von 3 Monaten nur noch 0,25 (0,16-0,4) auf 100.000 Dosen im Vergleich zu 0,81 (0,63-1,06) ab Alter 3 Monaten. Bei ca. 800.000 Geburten pro Jahr in Deutschland sind durch zeitgerechte Gabe der 1. und 2. Dosis somit also jährlich bis zu 36 unnötige, mit der Rotavirusimpfung assoziierte Invaginationen vermeidbar. Das ist doch was.

Neuer Pertussisimpfstoff – Wunschdenken oder Realität?

Die primären Wirksamkeitsdaten der Pertussisimpfstoffe und deren zeitlich begrenzte Schutzdauer rufen nicht gerade Begeisterungstürme hervor. Nach Influenza ist die Pertussisimpfung vergleichsweise die am wenigsten effiziente Standardimpfung in Deutschland. Es wundert daher nicht, dass zahlreiche Stimmen bessere Pertussisimpfstoffe fordern und Forschungskonsortien gebildet werden (siehe z.B. <http://periscope-project.eu/>), um den immunologischen Grundlagen des Schutzes vor Pertussis auf die Spur zu kommen. Dadurch soll es gelingen, neue, hoffentlich protektive Schlüsselantigene des Erregers *Bordetella pertussis* zu identifizieren und diese Erkenntnisse dann für die Entwicklung einer neuen Generation von Impfstoffen zu verwenden. Einen anderen Ansatz verfolgt seit vielen Jahren eine Arbeitsgruppe um Camille Lochet vom Institut Pasteur in Lille, Frankreich. Diese Forscher haben vor einigen Jahren einen attenuierten Pertussis-Lebendimpfstoff (sie bezeichnen ihn als BPZE1) entwickelt und sowohl ausgiebig im Tiermodell als auch in einer Phase 1 Studie an Menschen [PLoS One 2014;9:e83449] mit erfolgversprechenden Ergebnissen getestet. Nun sind sie einen Schritt weiter gegangen und haben ihn im Primatenmodell bei jungen Pavianen eingesetzt, gefolgt von gezielter Exposition mit *B. pertussis* [J Infect Dis 2017;216:117-124]. Sieben Tiere erhielten je eine Dosis des Impfstoffs BPZE1 intranasal verabreicht, was zu einer vorübergehenden nasopharyngealen Besiedlung mit den Impfbakterien und zur Induktion von spezifischen IgG und IgA-Antikörpern führte, ohne dass Nebenwirkungen aufgetreten wären. Sieben Wochen später wurden die sieben geimpften Paviane und drei ungeimpfte Kontrollen jeweils mit einer hohen Dosis eines hoch virulenten *B. pertussis*-Isolats intratracheal infiziert. Alle geimpften Paviane waren vollständig geschützt und blieben gesund, wohingegen die drei ungeimpften Paviane Husten und Leukozytose entwickelten und einer sogar daran starb. Wir sind gespannt, wie es mit diesem Impfstoff weitergehen wird.

10 Jahre Impfforum – ein Rückblick

Anfang 2008 erschien das erste Impfforum in dieser Rubrik. Zeit für einen kurzen Rückblick. Über welche impfrelevanten Neuigkeiten habe ich Sie informiert? Neben Themen von allgemeinem Interesse wie z.B. Änderungen der STIKO-Impfempfehlungen, Sicherheit von Impfstoffen, und Liefer- und Versorgungsengpässe gab es folgende spezifischen Impftemen: 14 Beiträge zu Masern- (und/oder Mumps- und Röteln-), je 9 zu Meningokokken- (A,B,C...) und Pertussis-, je 7 zu Rotavirus- und Varizellen-, 6 zu Influenza-, je 5 zu HPV- und Pneumokokken-, je 2 zur Poliomyelitis-, RSV-, Malaria- und Ebola-, und je 1 zu Gelbfieber-, Hepatitis B-, Dengue-, HIV-, Cholera-, FSME- und Epstein Barr Virus-Impfung. Ich nehme dies zum Anlass, möglicherweise vernachlässigte Themen (FSME-Impfung?) in naher Zukunft mehr in den Vordergrund zu rücken und freue mich über Ihr Interesse.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Ulrich Heininger
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
Basel (Schweiz)

Red.: Huppertz

Vier Jahre Früherkennung und Frühe Hilfen

Ein Praxisbericht aus der Sicht zweier Kinder- und Jugendarztpraxen // In welchem Umfang werden Risikokinder aus Familien mit gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen im Rahmen der Kindervorsorgeuntersuchungen U2 bis U7a erkannt und welcher Unterstützungsbedarf kann mit Hilfe der Vorsorgeuntersuchungen ermittelt werden? Welche Angebote der Frühen Hilfen aus dem Gesundheits- und Jugendhilfebereich sind den Praxen im Sozialraum bekannt und werden von ihnen genutzt? Der folgende Bericht, der auf den exemplarischen Erfahrungen zweier Düsseldorfer Kinder- und Jugendarztpraxen in den Jahren 2013 bis 2017 basiert, gibt einen Überblick über Ablauf, erzielte Ergebnisse und Stolpersteine während eines Erfassungs-Zeitraumes von vier Jahren und führt aus, welche Folgerungen für die Nutzung des neuen U-Heftes gezogen werden können.

Eine Stadt, zwei Praxen, zwei Welten: Praxis A liegt in einem Sozialraum mit hoher sozialer Belastung: hoher Migrantenanteil, hoher Anteil von ALG II – „Hartz 4“-Familien. Praxis B weist als zusätzliches Behandlungs-Angebot einen kinder-kardiologischen Schwerpunkt auf. Beide Praxen zusammen betreuen 3.200 Kinder.

In Praxis A ist ein Kinder- und Jugendarzt, in Praxis B neben einem Facharzt noch zwei Fachärztinnen (jeweils Teilzeitstellen) tätig. Praxis B weist dementsprechend einen höheren Patientendurchgang auf.

Die Untersuchung

Die Untersuchung unterstützte ein Sozialpädiater, der als leitender Oberarzt in einem Düsseldorfer Kinderneurologischen Zentrum tätig war und den beiden Pädiatern seit Jahren bekannt ist.

Folgende Anforderungen wurden an die Durchführung der Erhebung gestellt:

Die Erhebung zur Früherkennung, die im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U4 stattfand, sollte einen geringen zusätzlichen Zeitaufwand bedeuten und strukturiert verlaufen. Der in den Praxen genutzte Anamnesebogen berücksichtigte Items aus in der BRD bekannten Screening- und Anhaltbögen (Lit.), die in den Kernaussagen übereinstimmen. Die Anamnese beschränkte sich auf die Erhebung sozialmedizinischer Items bei der Familie und beim Kind. Die Entwicklung eines Risikokindes wurde über einen sich anschließenden Monitoringbogen bis Ende des dritten Lebensjahres verfolgt. Dabei

wurde festgehalten, in welcher Häufigkeit zusätzliche erhöhte Fürsorgeanforderungen (z. B. anhaltende Regulationsstörungen, Entwicklungsstörungen) auftraten. Zum Vorgehen wurde folgender Ablauf in beiden Praxen vereinbart:

1. Erhebung der Stammdaten (Geburtsdatum des Kindes, Alter der Mutter bei der Geburt, Zahl der Kinder, Familienstand) durch die Medizinische Fachangestellte (MFA)
2. Berücksichtigung von Risikofaktoren aus dem Mutterpass zu psychosozialen und gesundheitlichen Risikofaktoren beim Kind (z. B. extremes Frühgeborenes, schwere peri- und postnatale Komplikationen)
3. Beobachtung des Verhaltens und des Pflegezustandes des Kindes, des Verhaltens der Mutter/ des Vaters (z. B. sie erscheinen gestresst, sind unzuverlässig, halten Termine nicht ein) und der Interaktion von Mutter/Elternteil und Kind während des Aufenthaltes in der Praxis durch die MFA
4. Bei allgemeinen Bedenken und Beobachtung von Auffälligkeiten durch die MFA Information an den Arzt, der die Vorsorgeuntersuchung durchführt.
5. Erhebung der sozialmedizinischen Anamnese durch den Kinder- und Jugendarzt. Dazu steht ein sozialmedizinischer Kurzanamnesebogen zur Verfügung. Er gehört zur Basisanamnese eines jeden zur ersten Vorsorgeuntersuchung vorgestellten Kindes.
6. Bei Ermittlung von familiären Belastungen, Interaktions-Auffälligkeiten und Risikofaktoren beim Kind eingehendes Gespräch mit Klärung, ob und

in welchem Umfang ein zusätzlicher Unterstützungsbedarf besteht und ggf. eine Überleitung/Überweisung des Kindes ins Netzwerk Früher Hilfen notwendig erscheint.

7. Die Entwicklung der Risikokinder wird über einen Monitoringbogen verfolgt und registriert, ob zusätzliche Belastungen bzw. Fürsorgeanforderungen auftreten.

Ergebnisse

In der Zeit von 2013 bis 2017 wurden im Rahmen der U3 bis U4 592 Kinder erfasst. Bei der Mehrzahl dieser Kinder wurde ein Monitoring mit einer Verlaufsdokumentation zu den folgenden U-Untersuchungen bis U7a durchgeführt. Die folgende Tabelle gibt die Häufigkeiten zu den Items bei den erfassten Risikokindern wieder und zeigt die Unterschiede zwischen den beiden Praxen.

Oben genannte Items sind in einem Manual erläutert. Beispiel: belastende Lebensereignisse: z. B. Trennung der Eltern, schwere Erkrankung, Arbeitsplatzverlust.

Unter den 592 erfassten Kindern fanden sich 72 Risiko-/Hochrisiko-Kinder, davon 51 Risiko-Kinder und 21 Hochrisikokinder-Kinder, darunter auch Geschwisterkinder.

Gemessen an der Gesamtzahl der jeweils in den Praxen erfassten Kindern ergab sich in der Praxis A, die in einem Sozialraum mit hoher sozialer Belastung liegt, eine höhere Zahl von Risiko- und Hochrisikokindern.

Deutlich höhere Fallzahlen unter den Risiko-/ Hochrisikofällen fanden sich in

der Praxis A gegenüber der Praxis B in folgenden Bereichen:

- kein Erziehungsberechtigter in der Familie erwerbstätig (ALG II – „Hartz IV“- Empfänger)
 - Mütter unter 18 Jahren
 - Überforderungen der Mütter, z. B. bei mehreren Kleinkindern, bei kinderreichen Familien, fehlende Unterstützung
 - Unterstützung durch Jugendhilfe
 - Auffälliges Verhalten von Kind, Eltern in der Praxis
 - Auffällige Eltern-Kind-Interaktion
- Kumulationen von Risikofaktoren, z. B. bei Hochrisikokindern: Überforderungen > Armut (Erziehungsberechtigte im Haushalt nicht erwerbstätig) > Partnerkonflikte > psychische Erkrankung der Eltern > somatische Erkrankungen in der Familie traten in beiden Praxen auf.

Anhaltende Regulationsstörungen (Fütter-, Schlaf-, Schreistörungen) wurden in wechselnder Häufigkeit registriert. Sie wurden in einzelnen Fällen auch kombiniert wahrgenommen.

Hervorzuheben ist, dass Hochrisikokinder in beiden Praxen erkannt wurden.

Dazu ein Fallbeispiel:

Zwölfjähriges Mädchen M. lebt bei seinem Vater und der Stiefmutter.

Sie hat fünf Halbgeschwister und eine leibliche Schwester. Leibliche Mutter ist drogenabhängig und war im Gefängnis. M. sieht ihre Mutter nur sehr selten und will sie auch nicht sehen.

M. kommt oft allein in die Praxis und berichtet, sie könne nicht in die Schule, sie gehe zwar hin, könne aber nicht reingehen. Sie schlafe schlecht.

Sie habe Ängste und fühle sich von ihrer Mutter beobachtet.

Die Praxis empfiehlt Psychologen und nimmt Kontakt zum Jugendamt auf.

Überleitung ins Netzwerk Früher Hilfen

Das Netzwerk Früher Hilfen besteht aus den Bereichen (siehe Definition des Nationalen Zentrum Frühe Hilfen): Gesundheitswesen, Frühförderung, Schwangerenberatungsstellen, Jugendhilfe und weiteren kommunalen Stellen.

Die Überleitung in das Netzwerk durch die beiden Kinder- und Jugendarztpraxen orientierte sich an dem Unterstützungsbedarf der als Risiko- und Hochrisiko eingestuften Kinder:

In zahlreichen Fällen erhielten Familien bereits Unterstützung durch die Jugendhilfe. Die Einbindung erfolgte in der Geburtsklinik oder die Familien waren

	Praxis A	Praxis B	Gesamt
Gesamtfälle	186	406	592
Risiko-/Hoch-Risiko- Fälle	41	31	72
Risiko Fälle	29	22	51
Hochrisiko Fälle	12	9	21
Unter den erfassten Risiko- Hochrisikofällen	41	31	
Mütter bei der Geburt des Kindes < 18 J	10	3	13
alleinerziehend	9	6	15
Mutter lebt im Mutter-Kind-Heim	6		6
Erziehungsberechtigte sind nicht erwerbstätig	12	6	18
Chronische Krankheit in der Familie	1	6	7
Psychische Krankheit in der Familie	4	3	7
Psychosoziale Belastungen	12	6	18
Konflikte in der Familie	3	2	5
Unterstützung durch Jugendhilfe	17	5	22
Überweisung ins Netzwerk des Gesundheitswesens			>30
Auffälliges Verhalten von Kind, Eltern in der Praxis	9	3	12
Elternteil-Kind-Interaktion auffällig	4	3	7
Belastende Lebensereignisse	7	4	11
Hinweise auf Depression bei der Mutter	2	2	4
Fütterstörungen	6	1	7
Schlafstörungen	3	5	8
Schreistörungen	2	8	10
Entwicklungsstörungen	8	2	10

Tab.: Übersichtstabelle zu den in zwei Praxen erfassten Risiko-Kindern von 2013 bis 2017

bereits früher der Jugendhilfe bekannt. Eine Kontaktaufnahme seitens der Praxis zum Jugendamt erfolgte bei zwei Fällen von Kindeswohlgefährdung.

Die Praxen nahmen, wenn sie von sich aus aktiv wurden, fast ausschließlich Angebote aus dem Gesundheitswesen in Anspruch: So überwiesen die Praxen bei vorliegender Indikation an KG, Ergo, SPZ, Logopädie, Schreiambulanz, Pädaudiologie. In einzelnen Fällen wurden Hebammen zur Unterstützung angefragt und konnten zeitnah über die Sprecherin des Hebammenverbandes vermittelt werden.

Ein Kontakt zu Familienhebammen, Familienkinderkrankenschwestern (FGKiKP) bestand nur sehr selten, obwohl FGKiKP's über das Modell *Zukunft für Kinder in Düsseldorf*, Gesundheitsamt, zur Verfügung standen. MFA's in den Praxen gaben den Eltern in zahlreichen Fällen Hinweise auf ortsnahe Eltern-Kind-Kurse und Eltern- und Müttercafés.

Kooperation mit dem Jugendamt: Keine Ansprechpartner, keine Rückmeldung

Die Kooperation mit dem Jugendamt gestaltete sich schwierig. Es war oft nicht zeitnah erreichbar. Eine feste Ansprechpartnerin gab es nicht. Präventive Angebote waren nicht bekannt. Die Kontakte mit dem Jugendamt beschränkten sich in der Regel darauf, dass in einzelnen Fällen Auskünfte erbeten wurden, ob seitens der Praxis Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung beständen. Voraussetzung für die Auskünfte durch den Kinder- und Jugendarzt war eine schriftliche Schweigepflichtentbindung durch die Eltern.

Rückmeldungen über das weitere Vorgehen wurden vom Jugendamt nicht gegeben. In zwei Fällen erfuhren die Ärzte erst im Nachhinein, dass bisher von ihnen betreute Kinder zwischenzeitlich aus den Familien in Obhut genommen wurden.

Kooperation mit dem Gesundheitswesen: Wenig Kontakt zum Gesundheitsamt

Im Unterschied zu der Jugendhilfe wurden Kinder bzw. Familien vielfältig und wesentlich häufiger und zeitnah in das Netzwerk Früher Hilfen im Bereich des Gesundheitswesens vermittelt. In wenigen Fällen ergaben sich Kontakte zum Gesundheitsamt. Allerdings wurden beim Gesundheitsamt (Projekt *Zukunft für Kinder in Düsseldorf*) angestellte Familienkinderkrankenschwestern in keinem Fall angefragt.

Fazit und Nutzung des neuen U-Heftes

In dem Erfassungszeitraum von vier Jahren zeigten sich zwischen den beiden Pädiater-Praxen erwartete Unterschiede. In der Praxis A, die in einem Sozialraum mit hoher sozialer Belastung liegt, wurden gegenüber Praxis B deutlich mehr Risiko- und Hochrisiko-Kinder und von der Jugendhilfe betreute Familien erfasst. Allerdings wurden Hochrisikokinder in beiden Praxen erkannt, und es wurde in beiden Praxen um Unterstützung angefragt.

Die Überleitung ins Netzwerk Früher Hilfen fand fast ausschließlich in Angebote und Institutionen des Gesundheitswesens statt. Obwohl über das Modell *Zukunft für Kinder in Düsseldorf* Familienkinderkrankenschwestern zur Verfügung standen, wurden sie nicht in Anspruch genommen.

Kontakte zur Jugendhilfe gestalteten sich schwierig, da ein konstanter Ansprechpartner fehlte. Nur bei einzelnen Kinderschutzmeldungen war das Bereitschaftstelefon (mit wechselnder Besetzung) erreichbar. Präventive Angebote der Jugendhilfe, z.B. Entlastung von überforderten Müttern, waren den beiden Kinder- und Jugendarzt-Praxen nicht bekannt.

Im Laufe der vier Jahre trat eine zunehmende Sensibilisierung aller in den Praxen beschäftigten MFA's ein, auf auffälliges Verhalten von Müttern/Vätern und Kinder zu achten und ihre Beobachtung dem Arzt mitzuteilen.

Der eingesetzte Anamnesebogen wurde im Erfassungszeitraum weiter vereinfacht. Stammdaten und Beobachtungsbefunde zum Verhalten von Kind und Mutter/Vater und Interaktion von Eltern/Kind wurden von den MFA's ausgefüllt. Aufgrund deren Vorarbeit entstand für den Arzt nur noch ein geringer zusätzlicher Zeitaufwand.

In den Anamnesebogen wurden Items aus dem neuen U-Heft einbezogen und weiter differenziert:

- ab U2 bis U7a Fragen zur Sozialanamnese: besondere Belastungen in der Familie, Betreuungssituation,
- ab U2 bis U6 Informationen zu regionalen Unterstützungsangebote: Eltern-Kind- Hilfen, Frühe Hilfen

Die Items zu sozialen Belastungen werden aktuell ebenso wenig wie das Item zur

Überleitung in regionale Unterstützungsangebote angekreuzt. Dadurch gehen Informationen über die Vorgeschichte von Risikokindern verloren, die bei einem Ärzthopping hätten weitergegeben werden müssen.

Ausblick

Anamnese- und Monitoringbogen (mit Ablaufschema und dazu gehörendem Manual) ermöglicht ein systematisches und strukturiertes Vorgehen zum präventiven Kinderschutz in der kinder- und jugendärztlichen Praxis und ergänzt die dazu vorliegenden Items im neuen U-Heft.

Die Deutsche Akademie für Prävention und Gesundheitsförderung (www.dapg.info) bietet in Kooperation mit der Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft ein Grundlagenseminar für MFA's in Kinder- und Jugendarzt-Praxen an. Thema: Frühe Hilfen und präventiver Kinderschutz. Alltag in der kinder- und jugendärztlichen Praxis. **Nächster Seminartermin ist am 13.1.2018 im Sana Klinikum Düsseldorf-Gerresheim.**

Als Folge der Bestandsaufnahme zur unbefriedigenden Kooperation zwischen Pädiater-Praxen und im gleichen Sozialraum liegenden Bezirksjugendämter wurde 2017 in Düsseldorf ein Projekt zur Verbesserung der Zusammenarbeit beider Institutionen gestartet. Die ersten Ergebnisse dazu wurden im Rahmen eines Poster-Vortrages auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin 2017 in Köln vorgestellt (siehe www.forum-kinderzukunft.de).

Dr. Wilfried Kratzsch, Dr. Axel Hofmann, Dr. Hermann Josef Kahl.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Wilfried Kratzsch
Ltd. Oberarzt i.R. des Kinderneurologischen Zentrums der Sana Kliniken Düsseldorf, Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft
c/o Sana Kliniken Düsseldorf
Gräulingerstr.120
40625 Düsseldorf
Tel.: 0211/13959638,
E-Mail: w.kratzsch@gmx.de bzw.
info@forum-kinderzukunft.de*

Red.: ReH

International einzigartiges Studienprogramm zur Früherkennung und Vorbeugung von Typ-1-Diabetes bei Kindern startet

Im Rahmen eines internationalen Netzwerks startet das Helmholtz Zentrum München ab sofort ein bislang einzigartiges Programm zur Vorbeugung von Typ-1-Diabetes bei Kindern in Bayern. Allen Eltern wird mit der Freder1k-Studie eine freiwillige Früherkennungsuntersuchung für ihre Neugeborenen bis zum Alter von drei Monaten angeboten. Ebenfalls teilnehmen können Babys aus ganz Deutschland, deren Eltern oder Geschwister Typ-1-Diabetes haben. Ergibt der Test ein erhöhtes Risiko, an Typ-1-Diabetes zu erkranken, kann das Kind an einer Präventionsstudie teilnehmen. Deren Ziel ist es, den Ausbruch der Erkrankung zu verhindern. Die Studie wird vom Helmholtz Zentrum München in Zusammenarbeit mit dem Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München durchgeführt. Der Berufsverband der bayerischen Kinder- und Jugendärzte und die Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde unterstützen die Initiative.

Typ-1-Diabetes ist die häufigste Stoffwechselerkrankung im Kindes- und Jugendalter, in Deutschland sind zwischen 21.000 und 24.000 Kinder und Jugendliche betroffen. Die Rate der Neuerkrankungen steigt seit einigen Jahren deutlich an, derzeit um jährlich drei bis fünf Prozent. Typ-1-Diabetes entwickelt sich schleichend: Bevor die ersten Symptome auftreten, attackiert das kindliche Immunsystem körpereigene Strukturen.

Forschungsergebnisse der letzten Jahre – unter anderem aus dem Institut für Diabetesforschung am Helmholtz Zentrum München – geben Anlass zu der Hoffnung, dass sich diese Autoimmunreaktion und somit die Erkrankung an Typ-1-Diabetes im Baby- und Kleinkindalter verhindern lässt. Die Freder1k-Studie, die ab sofort in Bayern beginnt, soll die Kinder identifizieren, die davon profitieren könnten. Freder1k bietet Eltern die Möglichkeit, ihr Kind zusammen mit dem regulären Neugeborenen-Screening oder bis zum Alter von drei Monaten beim Kinderarzt auf das Risiko, Typ-1-Diabetes zu entwickeln, untersuchen zu lassen. Für die

Teilnahme benötigt der Arzt nur wenige Tropfen Blut. Ergibt sich beim Test ein erhöhtes Risiko, erhält die Familie eine umfassende Betreuung. Ihr Kind kann in eine Studie mit dem Ziel der Prävention von Typ-1-Diabetes aufgenommen werden

„Mit dem Start von Freder1k treiben wir die Prävention von Typ-1-Diabetes weiter entscheidend voran. Denn dadurch haben wir erstmals die Möglichkeit, das Immunsystem frühzeitig so zu trainieren, dass die fehlgesteuerte Immunreaktion vermieden werden kann. Das wollen wir mit der Gabe von Insulinpulver über die Mundschleimhaut erreichen und so langfristig womöglich Typ-1-Diabetes verhindern“, sagt Studienleiterin Prof. Dr. Anette-Gabriele Ziegler, Direktorin des Instituts für Diabetesforschung am Helmholtz Zentrum München.

Ein 2016 begonnenes Modellprojekt in Sachsen erhält bei Eltern bereits großen Zuspruch. Unter der Leitung des DFG-Forschungszentrum für regenerative Therapien Dresden (CRTD) werden dort aktuell rund 400 Kinder pro Woche untersucht. Auch in Niedersachsen plant das koordinierende Kinder- und Jugendkrankenhaus Auf der Bult in Hannover, die Untersuchung anzubieten.

Deutschland ist mit Freder1k internationaler Vorreiter. In den kommenden Monaten steigen Kliniken und Ärzte in Schweden, Polen, Belgien und Großbritannien ebenfalls mit ein. Es handelt sich um eins der größten von akademischen Institutionen initiierten Studienprogramme in Europa.

„Die Früherkennung und mögliche zukünftige Präventionsmaßnahmen vor Diabetes mellitus haben in Zukunft womöglich den gleichen gesundheitserhaltenden Stellenwert, wie das bewährte Konzept der Schutzimpfungen gegen schwere Infektionskrankheiten heute“, ist Dr. Martin Lang, Vorsitzender des bayerischen Berufsverbands für Kinder- und Jugendärzte überzeugt. „Nach der extrem erfolgreichen Fr1da-Studie freuen wir in der ambulanten Pädiatrie in Bayern uns sehr, einen wertvollen und weltweit beachteten Beitrag zur Diabetesforschung und zur Weiterent-

Weitere Informationen

Freder1k-Studie

Im Rahmen der Freder1k-Studie sollen europaweit 300.000 Babys innerhalb der ersten drei Lebensmonate auf ihr Diabetesrisiko getestet werden. Die Teilnahme ist freiwillig und kostenlos. Der Test kann im Rahmen des Neugeborenen-Screenings oder bei einer nachfolgenden Untersuchung bis zum Altern von drei Monaten beim Kinderarzt stattfinden. Ergibt der Test ein erhöhtes Risiko, erhält die Familie eine umfassende Betreuung und das Kind wird zur Teilnahme an der Präventionsstudie eingeladen. Weitere Details unter www.gppad.org.

Fr1da-Studie

Bei der Fr1da-Studie nahmen in Bayern seit Ende 2014 insgesamt 68.000 Kinder zwischen zwei und fünf Jahren an einer freiwilligen, kostenlosen Untersuchung zur frühen Diagnose von Typ-1-Diabetes teil. So konnte das frühe Stadium des Typ-1-Diabetes erkannt und die betroffenen Familien intensiv auf die Erkrankung vorbereitet und geschult werden. Akute und lebensbedrohliche Stoffwechsellentgleisungen wurden dadurch vermieden.

www.typ1diabetes-frueherkennung.de

wicklung der Diabetesprävention leisten zu können.“

„Prävention ist die Medizin der Zukunft. Doch nur bei wenigen chronischen Erkrankungen ist es wie hier beim Typ-1-Diabetes möglich, bereits bei der Geburt ein Risiko zu identifizieren und die Krankheit durch frühzeitiges Eingreifen möglicherweise zu verhindern“, sagt die Präsidentin der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Prof. Dr. Marion Kiechle.

Freder1k und die Primärpräventionsstudie sind Teil der Globalen Plattform zur Prävention des Autoimmunen Diabetes (GPPAD), einem internationalen Netzwerk aus Forschung und Medizin, deren Ziel eine Welt ohne Diabetes ist. Die US-amerikanische Stiftung Helmsley Charitable Trust fördert die Initiative als Geldgeber.

Red.: ReH

Brauchen wir eine Jungenmedizin?

„Darf ich Sie mal was fragen?“ Ich war schon auf dem Weg aus dem Sprechzimmer, als diese Frage von Marcel, 16 Jahre, mich erreichte. Er war wegen eines banalen Infektes gekommen. Eine schnelle Sache – kein Problem. „Natürlich!“ ich wendete mich ihm sofort wieder zu. Er sagte etwas verlegen: „Ich kann keinen Orgasmus bekommen, wenn meine Freundin und ich „es“ mit Kondom machen“.



Dr. Bernhard Stier

Als ich diese Frage bekam, lagen schon gut acht Jahre jungenmedizinischer Erfahrung hinter mir. Ich fühlte mich im Laufe der Jahre zunehmend sicherer auf diesem Gebiet. Es hatte sich herumgesprochen, dass es da „Einen“ gibt, der sich um die Fragen der Jungs kümmert und ihnen Antwort geben konnte. Ich hatte viel durch diese zunehmenden häufigeren Besuche gelernt und so manche Pathologie entdeckt, die mir früher wahrscheinlich verborgen geblieben wäre – nicht zuletzt deswegen, weil die Jungen gar nicht erst gekommen wären. Für mich war inzwischen völlig klar, dass es eine gesellschaftliche Notwendigkeit ist, sich um Jungenmedizin und Jungengesundheit zu kümmern. Umso erstaunter bin ich immer wieder, wenn dies offensichtlich im Kollegenkreis auf Skepsis stößt.

Brauchen wir tatsächlich eine Jungenmedizin? Müssen wir uns wirklich mehr um Jungengesundheit kümmern? Des Öfteren wird auch im gleichen Atemzug angeführt, dass es dann auch eine „Mädchenmedizin“ geben müsste. Die gibt es übrigens schon lange. Schon 1972 wurde auf Initiative von Marlene Heinz in der damaligen DDR die Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie unter dem Dach der Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe gegründet (<http://www.kindergynaekologie.de/wir-ueber-uns/historie/>). Dahinter stand damals schon die Erkenntnis, dass Mädchen keine Frauen und erst recht keine Jungen sind sondern einer eigenen medizinischen Versorgung bedürfen.

www.kindergynaekologie.de/wir-ueber-uns/historie/). Dahinter stand damals schon die Erkenntnis, dass Mädchen keine Frauen und erst recht keine Jungen sind sondern einer eigenen medizinischen Versorgung bedürfen.

Männlichkeit ist Stress

Noch immer ist in vielen Köpfen gespeichert, dass wir in einer patriarchalisch geprägten Gesellschaft leben, in der nach wie vor Mädchen und Frauen um Gleichberechtigung kämpfen müssen. Das mag in manchen Bereichen so sein (z. B. Benachteiligungen am Arbeitsmarkt); auf den Gesundheits- und den Bildungssektor trifft dies schon länger nicht mehr zu. Unter dem Eindruck politisch revolutionärer Umwälzungsprozesse entstand 1968 die „Neue Deutsche Frauenbewegung.“ Das war gut und notwendig. Weiblich zu sein galt damals als Hindernis z. B. in der Bildungslaufbahn. Schon bald kam es daher zur flächendeckenden schulischen Förderung von Mädchen, die vorher deutlich schlechter z. B. in den naturwissenschaftlichen Fächern abschnitten. Inzwischen sind Mädchen nicht nur Leseköniginnen sondern insgesamt gegenüber den Jungen schulisch auf der Überholspur. Und wo bleiben die Jungen? Ihre Männlichkeit ist für Jungen der Hauptstressfaktor im Leben. Das ständige Sich-Beweisen-Müssen gegenüber Gleichaltrigen, aber auch der schulische Rahmen an sich, belasten sie (Weißbach und Stiehler 2013). Das erklärt sich nur zum Teil aus der Biologie, hat mit dem Frauenüberhang (Erzieherinnen und Lehrerinnen) im Bildungssystem zu tun und sicher auch mit den Rollenbildern. Diese, das Verhalten prägenden Rollenbilder, gelten als wichtigster Grund für die schlechteren Noten der Jungen. Sich für die Schule anzustrengen ist unter Mädchen akzeptiert, unter Jungen dagegen oft verpönt.

Inzwischen macht das Wort „Bildungsverlierer“ bzgl. der Jungen die Runde (Sie-

vert und Kröhnert 2015). In der Studie „Not am Mann – von Helden der Arbeit zur neuen Unterschicht?“ (Kröhnert und Klingholz 2007) wird als erster Punkt der „Wege aus der Krise“ „Neue Rollenbilder für Männer schaffen“ genannt.

Das Schweigen der Männer

Auch im feminin geprägten Gesundheitssystem werden die Jungen vernachlässigt und verkannt. Jungen wirken oft sorglos. Doch auch sie haben Probleme, Ängste und Sorgen. In vielen Fällen werden ihre psychischen Nöte jedoch übersehen (Weißbach und Stiehler 2013). Ihnen bleibt oft wenig Raum, um über sich und ihre Gefühle zu sprechen (wo und bei wem auch?). Vor allem ihre sexuelle Entwicklung sei stark tabuisiert, heißt es. Während Mädchen mit den Eltern oder Freundinnen offen über ihre erste Menstruation sprechen können, ist der erste Samenerguss mit viel Scham besetzt. Auch homo- oder bisexuelle Neigungen kommen selten zur Sprache. Dabei erleiden gerade jene Jugendliche, die sich kurz vor oder während des Coming-outs befinden, eher eine Depression und haben Suizidgedanken (Weißbach und Stiehler 2013).

Zur Vorhersage von gesundheitsbewusstem und gesundheitsförderlichem Verhalten eignet sich die Variable Geschlecht ebenfalls (Sieverding 2010). Egal wie ein neues Angebot zur Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung gemacht wird: man kann mit Sicherheit vorhersagen, dass dieses Angebot in der Mehrzahl von Frauen in Anspruch genommen wird.

Sind die Raten der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung bis zur Pubertät noch annähernd gleich (von den Eltern gesteuert), so hält sich diese mit der Pubertät und dem Zeitraum danach bei den Jungen, während es bei den Mädchen zur deutlichen Steigerung der medizinischen Inanspruchnahme kommt. Sind Mädchen das kränkere Kollektiv? Die

Antwort ist „Nein“. Eine genauere Analyse zeigt, dass die Mädchen über einen direkten zuständigen medizinischen Ansprechpartner/in verfügen – die Gynäkologin, den Gynäkologen (Rattay et al. KIGGS 2014). In der gynäkologischen Sprechstunde finden Mädchen offene Ohren und Expertise für ihre persönlichen Fragen rund um die Gesundheit. Doch wer kümmert sich um die Jungen? Um es kurz zu machen: eigentlich niemand so richtig.

Kinder- und Jugendärzte sind auch Jungenärzte

Es ist sicher gut, dass die Urologen sich inzwischen auf den Weg machen mit einer „Jungensprechstunde“. Aber ist der Urologe wirklich der angestammte medizinische Ansprechpartner? Jungen suchen eher den Kinder- und Jugendarzt oder den Allgemeinarzt auf, wenn es um jungenspezifische medizinische Fragestellungen geht. Sind wir dazu ausgebildet jungenmedizinische Fragen oder erst recht Fragen zu Jungengesundheit richtig und gut zu beantworten? Eine eigene Umfrage unter Kinder- und Jugendärzten deutet an, dass hier ein erheblicher Nachholbedarf besteht.

Selbst von leitliniengerechter Behandlung kann nicht die Rede sein (Hrivataki 2014). So kommt es, dass spätestens ab der Pubertät kompetente medizinische Ansprechpartner für den Jungen deutlich weniger zu finden sind. Das merkt man sofort, wenn man die Tür zum Gebiet der Jungenmedizin/Jungengesundheit öffnet, ein Betreuungsangebot macht und Expertise zeigt. „Sie haben doch gesagt... und ich habe da...“ war die häufigste Formulierung die ich hörte, seit ich Jungenmedizin anbiete.

Jungenmedizin fängt aber nicht erst mit der Pubertät an sondern eigentlich schon vorher – spätestens mit der Geburt. Jungen sind schon intrauterin und ebenso postnatal morbiditäts- und mortalitätsgefährdeter als Mädchen (KIGGS Welle 1 2014 – z. B. ADHS-Allergien-Chronische Erkrankungen -Psychische Auffälligkeiten / Weißbach und Stiehler 2013). Aber auch schon beim ganz alltäglichen Arztbesuch überträgt sich die Unsicherheit der Mütter – die primäre Begleitperson der Jungen – z. B. was die Pflege und auch Probleme rund um das männliche Genitale angeht – direkt auf die Jungen. Die Vä-



Foto: © Robert Kneschke - Fotolia.com

Väter und Söhne: Gesundheits- und Vorsorgemuffel

ter sind meistens außen vor und verweisen auf die Frau als Zuständige, wenn es um medizinische Fragen geht. Dabei gelten sie selbst landläufig als Gesundheits- / Vorsorgemuffel. Inzwischen ist es erwiesen, dass die um fünf Jahre reduzierte Lebenszeit der Männer gegen über den Frauen kein biologisches sondern ein sehr stark vom männlichen Rollenbild geprägtes Phänomen ist (Luy M (2012)-Klosterstudie).

Jungen brauchen Emanzipation

Gesundheit hat also durchaus ein Geschlecht, und das ist primär weiblich. Um dies zu ändern und dabei den Mädchen wie den Jungen gerecht zu werden, brauchen wir eine Jungenmedizin-/Jungengesundheitsexpertise. Wir müssen uns mehr um die Jungen kümmern ohne die Mädchen dabei zu vergessen. Beide Geschlechter haben ihre biologischen, mentalen und sozialen Eigenheiten, auf die wir gerade in den Schlüsselbereichen Bildung und Gesundheit eingehen müssen. Z.Zt. sind die Jungen dabei ganz deutlich im Nachteil. Wir sollten die Errungenschaften der Emanzipation auf dem Gebiet der Bildung und Gesundheit nicht vergessen

sondern im Gegenteil auch auf die Jungen anwenden, damit wir auch ihnen in der Bildungsvermittlung und Gesundheitsversorgung gerecht werden. Dann werden wir auch die richtige Antwort auf Marcells Frage finden, die nämlich geprägt ist von Ressentiments der Jungen gegenüber dem Kondom (Matthiesen 2007 und Bode, Heßling Jugendsexualität 2015).

Das Dezember-Editorial der angesehenen medizinischen Zeitschrift „The Lancet“ (www.thelancet.com Vol 386 Dezember 5, 2015) endet mit dem Satz: Boys matter too and are in danger of being left behind. Machen wir uns also gemeinsam auf den Weg, dies zu ändern!

Literatur beim Verfasser

Der Autor ist Kinder- und Jugendarzt und Herausgeber des Manuals „Jungenmedizin“.

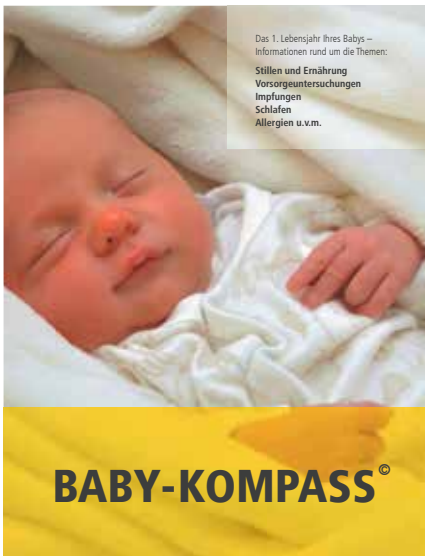
Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Bernhard Stier
22587 Hamburg
E-Mail: bstier@t-online.de*

Red.: ReH

Babykompass steht nun bundesweit zur Verfügung

Historie // Im Mittelpunkt der Überlegungen zur Entwicklung des Babykompasses stand die Umsetzung einer frühzeitigen sachlichen Information der Eltern als Schlüssel zu primärpräventiven Erfolgen. Die Historie des Babykompasses reicht bis ins Jahr 2007 nach Nürnberg zurück. Ausgangspunkt war, jungen Eltern objektiv abgesicherte und wertfreie Informationen zu medizinisch relevanten Themen rund um das Baby zur Verfügung zu stellen. Diese erhalten zu haben, verneinten Mütter zum damaligen Zeitpunkt regelhaft beim Erstkontakt in der Kinder- und Jugendarztpraxis. Eine Vielzahl an widersprüchlichen Informationen in Medien, durch uns Ärzte und durch nichtärztliche Beteiligte des Gesundheitswesens führt zu einer mangelhaften Akzeptanz medizinischer Standards wie z.B. Fluorid- und Jodprophylaxe, Impfungen, Vitamin D Prophylaxe u.a.m.. Die im Babykompass gegebenen Empfehlungen sind wissenschaftlich fundiert und gründen auf Stellungnahmen anerkannter Fachgesellschaften.



Alleinstellungsmerkmal

Bundesweit einzigartig ist die **fachübergreifende Vernetzung** und inhaltliche Abstimmung zwischen Kinder- und Jugendärzten, Hebammen und den auf Wochenstationen tätigen zertifizierten Stillberaterinnen. So erhalten die Aussagen der Broschüre zu gesellschaftlich kontrovers diskutierten Themen eine besondere Glaubwürdigkeit und Wertigkeit und erleichtern uns das Gespräch mit oft unzureichend und falsch informierten Eltern.

Der breite inhaltliche Konsens mit dem Bundesverband der Hebammen, der Nationalen Stillkommission Deutschlands und der WHO/UNICEF-Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus hat in den

vergangenen 10 Jahren zu einer sehr guten Akzeptanz bei den oben genannten professionellen Berufsgruppen wie auch bei den Eltern geführt. Anfragen von Gesundheitsämtern, Hebammenschulen und außerbayerischen Kliniken nach dem Babykompass Bayern erreichten uns seit Jahren auch aus dem gesamten Bundesgebiet.

Pilotprojekt zunächst in Bayern

Die Anlaufkosten zur Erstellung der bayerischen Auflage betragen im Jahr 2009 44.200.- EUR. Wir erhielten hierfür eine Anschubfinanzierung aus **Mitteln des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit (Initiative „Gesund-Leben-Bayern“)**. Den notwendigen Eigenbeitrag brachten die in PaedNetz Bayern organisierten niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte in Eigenleistung auf. Die jährlichen Folgekosten betragen ca. 36.000.- EUR für Druck, Versand und Logistik. Nach Wegfall der Anschubfinanzierung aus den Mitteln der Initiative „Gesund-Leben-Bayern“ im Jahr 2011 musste sich das Projekt eigenständig tragen.

Erfreulicherweise gelang es in 2011 mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Bayerns einen langfristigen Kooperationsvertrag zu vereinbaren. Die Kosten für den Babykompass Bayern wurden zu 2/3 vom BKK-LV-Bayern und zu 1/3 aus Mitgliedsbeiträgen der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte über PaedNetz Bayern finanziert.

Kostenfreier Bezug nun in der gesamten Bundesrepublik ab 01.10.2017

Aufgrund der jahrelang bewährten Partnerschaften von PädNetz Bayern und dem BVKJ mit der **Vertragsarbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen in Bayern**, übernehmen die am „**BKK-STARKE KIDS**“-Programm teilnehmenden Betriebskrankenkassen ab 2017 die komplette Finanzierung des Projekts. Es ermöglicht den Kinder- und Jugendarztpraxen ab 1.10.2017 bundesweit eine kostenfreie Bestellung.

Die Verwendung des Babykompasses soll sich nicht auf Versicherte der Betriebskrankenkassen beschränken. Es ist ausdrücklich erwünscht, **den Babykompass allen Eltern im Zeitraum der U2-U4 zugänglich zu machen** – dies gilt für **Versicherte aller Kassenarten**. Problemlos dürfen diejenigen Kollegen, die Vorsorgeuntersuchungen U2 an den Kliniken durchführen, entsprechend größere Stückzahlen bestellen. In Bayern wird der Babykompass bereits seit 8 Jahren direkt an alle Geburtsabteilungen geliefert und wird als Beratungsleitfaden für die Vorsorge U2 wertgeschätzt.

Der Babykompass wird jährlich inhaltlich aktualisiert und neu aufgelegt. In Bayern wurden in der vergangenen Woche erneut 80.000 Exemplare direkt an die Geburtskliniken ausgeliefert. Die Gesamtauflage beträgt 180.000 Stück. Die Lagerung der Druckauflage und der Versand erfolgen, zusammen mit den BKK-

STARKE KIDS-Materialien aus Nürnberg (Logistikzentrale der Fa. Helmsauer). Sie können den Babykompass für Ihre Praxis bequem über das Bestellformular von „BKK-STARKE KIDS“ beziehen.

Nachbestellungen Baby-Kompass

Bitte wenden Sie sich für Nachbestellungen an den

BKK Landesverband Bayern, Züricher Str. 25, 81476 München
 Fax: 089 - 74 579 55 165
 E-Mail: babykompass@bkk-lv-bayern.de
www.bkk-starke-kids.de

Ansprechpartner Pädnetz/BVKJ:

Wolfgang Landendörfer
 90482 Nürnberg

E-Mail: Wolfgang.Landendoerfer@uminfo.de

Ansprechpartner BKK:

Clara Bicanic
 Fax: 089/74 579 55 165
 E-Mail: babykompass@bkk-lv-bayern.de

Red.: WH

Welthospiztag 2017

„Für eine bedarfsgerechte Hospiz- und Palliativversorgung.“
 – Hürden abbauen, Netzwerke stärken und Informationen streuen für Kinder mit lebensverkürzender Erkrankung und deren Familien –

Anlässlich des Welthospiztag am 14. Oktober wies der Deutsche Kinderhospizverein (DKHV e. V.) auf die besonderen Belange und Bedarfe von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit lebensverkürzender Erkrankung sowie ihrer Familien aufmerksam.

„Das Ziel ist es, betroffenen Familien den schnellen Zugang zu Angeboten der Kinder- und Jugendhospizarbeit in Deutschland zu ermöglichen“, so Martin Gierse, Geschäftsführer des Deutschen Kinderhospizvereins. „Wir bauen Hürden ab, indem wir über unsere Arbeit informieren und gleichzeitig Netzwerke stärken. Eine regionale Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit soll ermöglichen, dass Familien von den spezifischen Angeboten erfahren.“

Dies umfasst Angebote zur Beratung, Begleitung, Entlastung und Unterstützung. So betreibt der DKHV e. V. unter anderem über 24 ambulante Kinder- und Jugendhospizdienste bundesweit, über die ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betroffene Familien im häuslichen Umfeld begleiten.

Ein Netz der Unterstützung für Familien

Für die Kinder- und Jugendhospizarbeit stellt der DKHV e. V. seine 25 Jahre an Erfahrungswissen gerne auch anderen Organisationen zur Verfügung. „Wir

Zahlen zur Kinder- und Jugendhospizarbeit in Deutschland (Stand 31.06.2017):

Ambulante Kinder- und Jugendhospizdienste (AKHD) in Deutschland

> Gesamt	136
> Im Aufbau	2

Stationäre Kinder- und Jugendhospize in Deutschland

> In Betrieb	16
> Im Aufbau	1

beraten neue Initiativen und bestehende Organisationen beim Auf- und Ausbau ihrer Angebote. Dadurch fördern wir die Kinder- und Jugendhospizarbeit auch über unseren eigenen Tellerrand hinaus“, so Gierse.

„Ziel unseres Beratungsangebots ist es, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit lebensverkürzender Erkrankung und ihre Familien zu Hause im Alltag zu unterstützen. Denn je besser die Ausbildung der Hauptamtlichen und ehrenamtlichen Begleiter in den einzelnen Diensten ist, umso mehr profitiert die gesamte Familie davon. Wichtig ist dem Deutschen Kinderhospizverein dabei, dass die Hospizbegleiter individuell auf die Kinder und Familien eingehen können. Alle Angebote sollten aus den Bedürfnissen und Erfahrungen der Familien heraus entstehen und mit ihnen gemeinsam weiterentwickelt werden. Nur so ist eine optimale Begleitung möglich.“

Für betroffene Familien, ehrenamtliche Begleiter und Interessierte bietet die

Deutsche Kinderhospizakademie unter dem Dach des DKHV e. V. jährlich bundesweit auch mehr als 50 Seminar-, Begegnungs- und Bildungsangebote an. Dazu Gierse: „Unsere Akademie ist eine Akademie auf Reisen. Wir bieten die Angebote dort an, wo die Familien heimisch sind. Das Jahresprogramm 2018 ist ab November verfügbar.“

Zum Verein: Der Deutsche Kinderhospizverein e. V. (DKHV e. V.) wurde 1990 von betroffenen Familien gegründet, um das Sterben und den Tod von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer lebensverkürzenden Erkrankung und die damit zusammenhängende Lebenssituation zu thematisieren. Damit gilt der DKHV e. V. als Wegbereiter der Kinderhospizarbeit in Deutschland.
 Internet: www.deutscher-kinderhospizverein.de

Red.: ReH



Foto: Robert Kneschke - Fotolia.com

Im gebundenen Ganztagsbetrieb werden Sport und Musik für alle gefördert

Gute Ganztagschule für alle ist ein Kraftakt

Eltern wünschen sich Ganztagschulen. Und die Wirtschaft auch. Aber noch längst haben nicht alle Kinder in Deutschland die Chance auf einen Platz in einer guten Ganztagschule. Die Bertelsmann Stiftung hat berechnet, was ein flächendeckender und qualitativer Ausbau kostet. Bund, Länder und Kommunen können den erforderlichen Ausbau bewältigen, aber nur gemeinsam.

Der Ausbau der Ganztagschulen kommt überall in Deutschland voran. Gab es noch zu Beginn des Jahrtausends bundesweit nur für jeden zehnten Schüler einen Ganztagsplatz, standen im Schuljahr 2015/2016 immerhin viermal mehr Plätze zur Verfügung. Die Erwartungen der Eltern gehen allerdings weit über den heutigen Ausbaustand hinaus: Fast drei Viertel von ihnen wünschen sich einen Ganztagsplatz für ihr Kind.

Seit dem Ende des Investitionsprogramms des Bundes im Jahr 2009 hat der Ausbau jedoch deutlich an Fahrt verloren. Wenn es im gleichen Tempo weitergeht wie zuletzt, wird es noch mehr als vier Jahrzehnte dauern, bis ein flächendeckendes Angebot für alle Schüler be-

reitetsteht. Für Jörg Dräger, Vorstand der Bertelsmann Stiftung, ist deshalb klar: „Die neue Bundesregierung muss dem Ganztagsausbau Priorität geben. Gute Ganztagschulen sind ein Motor für die Chancen von Kindern und Jugendlichen.“

Modellrechnung: Verdoppelung des Ganztagsangebots bis 2025 machbar

Die nun vorliegende Studie der Bertelsmann Stiftung von Klaus Klemm und Dirk Zorn hat berechnet, wie gute Ganztagschulen in der Fläche zu realisieren sind. Um bis zum Jahr 2025 80 Prozent aller Schüler zu erreichen, müssen weitere 3,3 Mio. Ganztagsplätze geschaffen werden, bei Berücksichtigung steigender Schülerzahlen. Mit adäquaten Qualitätsstandards werden für diesen Ausbau rund 31.400 zusätzliche Lehrkräfte sowie 16.200 weitere pädagogische Fachkräfte (Erzieher, Sozialpädagogen, etc.) benötigt. Jährlich fielen dafür etwa 2,8 Mrd. Euro an zusätzlichen Personalkosten an. Um die notwendige räumliche Infrastruktur

aufzubauen, müssten die kommunalen Schulträger insgesamt rund 15 Mrd. Euro investieren. Um den Ausbau zu beschleunigen fordert Dräger einen Rechtsanspruch auf einen Ganztagsschulplatz. Die Einführung eines Rechtsanspruchs habe auch den Kita- und Krippenausbau erst richtig ins Rollen gebracht.

Bundesweite Standards für gute Ganztagschulen

Entscheidend für gute Lernchancen im Ganztag ist, dass qualifiziertes pädagogisches Personal und Lehrkräfte auch am Nachmittag in der Schule präsent sind, um den Schülern hochwertige Lernangebote zu machen. Diese Grundbedingung wurde in den Berechnungen der Studie berücksichtigt. Doch in Zeiten des Lehrer- und Erziehermangels wird es schwierig sein, genügend gut qualifizierte Betreuungskräfte für ein pädagogisch hochwertiges Nachmittagsprogramm zu finden.

Red.: ReH

Spaß mit dem Brei-Kalkulator

Eltern-App „Baby & Essen“ kommt gut an



Foto: © scaliger - Fotolia.com

Vom Stillen über die Beikost bis zum Familienessen: die kostenlose App „Baby & Essen“ des Netzwerks Gesund ins Leben beantwortet seit zwei Jahren alle Fragen zur Ernährung im ersten Lebensjahr. Aber wie kommt die App im Hinblick auf ihre Inhalte und die Bedienerfreundlichkeit bei Müttern von Säuglingen an?

Eine Befragung unter jungen Müttern brachte nun Einblicke in die Vorlieben und Erwartungen von Nutzern: „Baby & Essen“ kommt bei der Zielgruppe sehr gut an und wird als leicht bedienbar und verständlich wahrgenommen. Highlight

der App ist der Brei-Kalkulator. Er sorgt für den nötigen Spaß und wird zudem als echter Mehrwert gegenüber anderen Informationsangeboten zur Beikost empfunden. Die befragten Mütter hatten auch eine Reihe guter Ideen, um Bedienbarkeit, Verständlichkeit und den Spaßfaktor der App zu steigern. Dazu gehörte der Wunsch den Allergie-Risiko-Check interaktiver zu gestalten, z.B. als Ankreuz-Test mit individueller Auswertungsmöglichkeit.

Fazit: Die App erweitert den Nutzerkreis für Informationen zur Baby-Ernährung. Vor allem durch den interaktiven Brei-Kalkulator und die Zeitleistenstruktur mit altersgerechten Tipps erhöht sich offenbar die Nutzungshäufigkeit und auch die Nutzungsqualität gegenüber papierbasierten Informationsquellen wie Broschüren/Büchern oder Internetseiten ohne interaktive Angebote.

Infos: Zur Bewerbung der App in Praxisräumen, Beratungsstellen etc. gibt es die Postkarte „Baby & Essen“. Sie ist kostenlos

Über Gesund ins Leben

Gesund ins Leben ist ein Netzwerk von Institutionen, Fachgesellschaften und Verbänden, die sich mit jungen Familien befassen. Das Ziel ist, Eltern einheitliche Botschaften zur Ernährung und Bewegung zu vermitteln, damit sie und ihre Kinder gesund leben und aufwachsen. Das Netzwerk Gesund ins Leben ist angesiedelt im Bundeszentrum für Ernährung (BZfE) der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE) und Teil des nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“. Weitere Informationen unter: www.gesund-ins-leben.de

gegen Versandkostenpauschale über den BLE-Medienservice erhältlich (Bestell-Nr. 0412). www.ble-medienservice.de

Red.: ReH

„Mit mir kann man schon reden“ – Kommunikation mit Jugendlichen

Ein modellhaftes Kommunikationsprojekt von jungen Patienten im Kindernetzwerk mit Kinder- und Jugendärzten // Drei typische Fehler sind es, die in der täglichen Kommunikation zwischen Ärzten und (jungen) Patienten besonders häufig vorkommen: Die Kommunikation verläuft nicht auf Augenhöhe, in Anwesenheit der Eltern fühlen sich die jungen Patienten mit ihren erlebten Erfahrungswissen schlichtweg übersehen und das Gespräch wird schablonenhaft abgespult.

Probleme chronisch kranker Jugendlicher beim Übergang ins Erwachsenenalter in den Arztpraxen und Spezialambulanzen

Das wurmt schon ganze Generationen von jungen Menschen und dagegen stemmt sich nun eine Gruppe von jungen Erwachsenen in der bundesweiten Dachorganisation Kindernetzwerk e.V. (KNW) Sie wollen sich auf Dauer schlichtweg nicht damit abfinden, dass die **große Kompetenz junger Menschen über ihren eigenen Krankheiten, Behinderungen oder anderweitigen besonderen Bedürfnissen** im Praxis- und Klinikalltag weitgehend außer Acht gelassen werden.

Sie wollen es nicht weiter hinnehmen, dass häufig die direktive und bestimmende Sprache des Arztes alles dominiert und der junge Patient in eine ‚Nebenrolle‘ degradiert wird, gerade auch wenn die Eltern beim gesamten Gespräch mit anwesend sind.

Und sie wollen das Dilemma zu lösen versuchen, dass junge Menschen mit ihren vielen Fragen gar nicht richtig zum Zug kommen, weil das Medizinsystem mit seinen vielen Zwängen und dem extrem Zeitdruck eher zur schnellstmöglichen als zur bestmöglichen Lösung neigt.

Alltagsbeispiel

Der Jugendliche (Alex) kommt mit seinem Vater zur Ärztin. Die Ärztin begrüßt zuerst den Jugendlichen, dann den Vater und bleibt auch gleich im Gespräch beim Vater hängen. Alex hat Diabetes Typ 1 und seit einem halben Jahr eine Insulinpumpe. Nun möchte sich die Ärztin nach dem Verlauf erkundigen und stellt die Fragen

an den Vater: *Wie kommt Alex mit dem dauerhaften Tragen der Pumpe klar? Die Ärztin stellt dem Vater daraufhin weitere Fragen (zum Beispiel nach den laufenden Messwerten), schaut aber währenddessen immer häufiger auf ihre Uhr und verdeutlicht damit, dass das Gespräch wohl etwas schneller gehen sollte. Schließlich verordnet sie – immer noch ausschließlich auf den Vater fixiert – eine bessere Einstellung der Insulinpumpe, ohne auch dafür eine Erklärung zu geben.*

Alex wird gar nicht in das Gespräch eingebunden, er fühlt sich ausgegrenzt. Er holt schließlich sein Handy aus der Tasche und fängt an damit zu spielen. Die Ärztin fragt den Vater dann abschließend: Wie konnte Alex mit der Pumpe und den zusätzlichen sportlichen Aktivitäten seine Erkrankung meistern? Der Vater zuckt mit den Schultern und nun endlich bäumt sich Alex auf und sagt: „Fragt mich doch – mit mir kann man schon reden!“

Aus diesem leicht überspitzten Rollenspiel wird aber das Dilemma, dem jungen Patienten im Kommunikationsprozess mit ihrem Arzt häufig ausgesetzt sind, überaus deutlich:

- Gerade bei seltenen Erkrankungen kann es vorkommen, dass das Alltagswissen und die Risiken und (Neben-)Wirkungen von bestimmten therapeutischen Maßnahmen dem Patienten bewusster sind als dem Arzt. Wenn diese Kompetenz des jungen Menschen nicht thematisiert wird, werden Potentiale hin zu einer optimalen Behandlung leichtfertig verspielt.
- Mangelnde Empathie und zu wenig Zeit für das Gespräch mit dem jungen Patienten führen zur Behandlung nach Schema F, bei der dann häufig auch

nur Standardbehandlungen verordnet werden. Bedenken oder gar Einwände des Patienten selbst oder mitunter auch abweichende Meinung des Assistenzarztes bleiben so unberücksichtigt.

- In der Praxis findet zwischen Adoleszenten und dem Pädiater insbesondere dann keine direkte persönliche Kommunikation statt, wenn die Eltern während des gesamten Gesprächs mit dabei sind und der junge Patient an den Rand gedrängt wird.
- Die mangelnde Berücksichtigung der erlebten Kompetenz der jungen Patienten, die standardisiert abgearbeiteten Arzt-Patienten-Gespräche und die Statistenrolle binden den jungen und eigentlichen Patienten nicht ausreichend in die Behandlungsstrategie mit ein, die Compliance sinkt.
- Bei leichteren Ausprägungen von schwerwiegenden Erkrankungen müssen sich junge Patienten oft rechtfertigen, dass auch ihr Leidensdruck (physisch und sozial) hoch sein kann und medizinische Interventionen durchaus angebracht sind. Doch auch in diesen Fällen fehlt im Alltag dem Arzt häufig die Zeit, sich damit effektiv auseinanderzusetzen.

Was erwarten betroffene Jugendliche von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten?

Die Sichtweise der jungen Menschen im Arbeitskreis „Junge Erwachsene“ im KNW sieht hingegen so aus: **„Du bist der Pilot deines Lebens, die Eltern können die Lotsenfunktion und der Arzt/die Ärztin können die Co-Pilotenrolle ein-**

nehmen. Und genau wie im Cockpit eines Flugzeuges sind gute Kommunikation und Verlässlichkeit dabei die Grundlagen, um auf Kurs zu bleiben.“ Der Pädiater sieht sich mit dem schmalen Grat konfrontiert, dem Prozess des Erwachsenwerdens gerade bei chronischen Erkrankungen gerecht zu werden und den richtigen Kurs einzuschlagen: zwischen **Autonomie** und **Eigenverantwortung** auf der einen Seite und **notwendiger Unterstützung**, die bei vielen Krankheitsbildern auch noch mit 18 Jahren und darüber hinaus erforderlich sein kann, auf der anderen Seite.

Projekt des Kindernetzwerks

Doch wie sah nun der Projektansatz des KNW konkret aus, um aus diesem Dilemma, das den Arzt und den jungen Patienten mitsamt seinen Eltern betrifft, herauszukommen? Welche Schritte konnten hier nun konkret in die Wege geleitet werden? Folgende **acht Maßnahmen** standen

im Projektzeitraum 2016/2017, der vom Pharmaunternehmen Pfizer Deutschland GmbH organisatorisch begleitet und unterstützt worden ist, im Fokus:

1. Ausführliche Literaturrecherche der KNW-Bundsvorsitzenden Dr. Annette Mund.

Diese umfasste eine Zusammenstellung von Veröffentlichungen zur gelungenen Kommunikation von Ärzten und Patienten generell und zwischen Jugendlichen/Adoleszenten und Pädiatern speziell. Letztere sind indes noch recht rar gesät. Die ausführliche Liste kann unter mund@kindernetzwerk.de angefordert werden.

2. Treffen in einer großen Runde in der Charité in Berlin mit Experten der Charité

Daran nahmen Vertreter aus Reihen der Pädiater, Psychologen, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, dem KNW, der Eltern-Selbsthilfe sowie Kommuni-

kationsexperten und von Pfizer teil. Ziele dabei: Bestandsaufnahme, Vorstellung diverser Projekte, Handlungserfordernisse. Erstes Ergebnis: Erstellen einer Checkliste für junge Menschen, Pädiater und Eltern.

3. Erstellen und Druck der Kommunikationskarte

Die ausführliche Checkliste ist dann in einem langen Prozess immer weiter auf die relevantesten Botschaften verkürzt worden. Daraus entstand dann schließlich die **Kommunikationskarte „Mit mir kann man schon reden“**, in denen diese Fragen aufgeworfen werden: **„Was wünsche ich mir von den Eltern?“**, **„Wie ticke ich jetzt?“** und **„Was sollte der Arzt beachten?“**

4. Die Antworten: Zum Beispiel „Was sollte der Arzt beachten?“

- Mich als Erwachsenen behandeln
- Für mich ein offenes Ohr haben
- Mir Zeit für Fragen geben
- Mich in meiner Autonomie stärken

- Mir auch Empathie entgegenbringen

5. Erstmalige Präsentation auf dem Pfizer-Patienten-Dialog 2017 in Berlin

Die Problematik wurde bei der Pfizer-Veranstaltung zunächst in Form eines Rollenspiels zwischen Ärztin und Vater (siehe Text oben) bis hin zur Schlusspointe des Jugendlichen „Mit mir kann man schon reden“ aufgerollt. Danach wurde die Kommunikationskarte vorgestellt und verteilt. Die Resonanz darauf war eindeutig und ausschließlich positiv.

6. Weiterer Praxistest der Karte bei der KNW-Jahrestagung 2017

Dabei sehr positive Rückmeldung insbesondere auch von Seiten der Kinder- und Jugendärzte. Einig war man sich aber auch, dass jede Seite allzu häufig noch Scheuklappen auf hat, um einen konstruktiven Kommunikationsprozess in Gang zu setzen. Prozesse, um diesen zu verbessern, sind aber vereinzelt – etwa von der Deutschen Gesellschaft für allgemeine ambulante Pädiatrie (DGAAP) oder über den Modulplan der Uni Bonn – in Gang gekommen. Beim KNW-Projekt wird von den Pädiatern insbesondere der **praktische Nutzwert der Kommunikationskarte** und der **sehr viel ausführlicheren Checkliste** gewürdigt.

7. Vortrags-Präsentation des Projektes 2017 beim großen Kongress für Kinder- und Jugendmedizin in Köln

Dort wurde das Modellprojekt mit ersten vorläufigen Ergebnissen von KNW Geschäftsführer Raimund Schmid erstmals vor Kinder- und Jugendärzten bundesweit positioniert.

8. Weiterer Workshop mit dem pädiatrischen Beraterkreis im KNW und den Adoleszenten im Arbeitskreis „Junge Erwachsene im Kindernetzwerk“ im November 2017

Hierbei werden noch einmal alle Erfahrungen des mittlerweile fast zweijährigen Projektes gebündelt und in Form von Handlungserfordernissen formuliert.

Weiteres Vorgehen

Weitere Maßnahmen, die auf den bisher erzielten Ergebnissen des Projektes basieren, könnten nun ab dem Jahr 2018 folgen, müssen aber noch mit allen Beteiligten im Detail konzeptionell und finanziell abgestimmt werden

- Zusammenführen aller Erkenntnisse in kurze und kompakte praxistaugliche Handlungsempfehlungen. Ziel dabei ist es, konkrete und übertragbare Anhaltspunkte zu liefern, wie ein jeder Beteiligter die Kommunikation zwischen Pädiatern und Jugendlichen/Adoleszenten verbessern kann

Weitere mögliche Schritte in 2018

- Strategie entwickeln, um die Kommunikationskarte möglichst weit und gezielt zu streuen (Verteilung SPZs und SMZs)

- Politischen Vorstoß starten, das Thema Kommunikation im Curriculum des Medizinstudiums oder bei ärztlichen Fortbildungen stärker zu verankern

- Karte für Transitionsprozesse zum Übergang in die Erwachsenenmedizin benutzen

Mit der Veröffentlichung in Pädiater- und Eltern-Selbsthilfezeitschriften wie in dieser Zeitschrift werden nun das Projekt und die Kommunikationskarte mehr und mehr publik werden. Und das muss noch lange nicht das Ende dieses wegweisenden Modellprojektes sein. Denkbar wäre es zum Beispiel, das Projekt dahingehend auszuweiten, auch einmal eine ausschließlich auf Ärzte ausgerichtete Karte zu entwickeln. Ein passender Slogan ist schon gefunden: **„Ich kann auch mal zuhören!“**

*Bestelladresse für die Kommunikationskarte:
Kindernetzwerk e.V.
Hanauerstr. 8, 63739 Aschaffenburg
Bestell-Mail-Adresse:
info@kindernetzwerk.de*

Korrespondenzadresse:

*Raimund Schmid und Andre Habrock
Kindernetzwerk e. V.
63739 Aschaffenburg
E-Mail: schmid@kindernetzwerk.de*

Red.: WH

UNFPA-Weltbevölkerungsbericht 2017: Weltweit bekommen arme Mädchen dreimal so viele Kinder wie reiche

DSW: „Ungleichheiten durch Aufklärung und Verhütung abbauen“

Weltweit ist die Ungleichheit der Menschen in und zwischen Ländern groß, was sich unter anderem auch bei der Geburtenrate in Entwicklungsländern zeigt. Mädchen und jungen Frauen aus den ärmsten 20 Prozent der Haushalte etwa bringen

dreimal mehr Kinder zur Welt als ihre Altersgenossinnen aus den reichsten 20 Prozent der Haushalte. Weitere Benachteiligungen zeigen sich bezüglich des Geschlechts. So verdienen Frauen im weltweiten Durchschnitt nur 77 Prozent dessen, was Männer verdienen. Und rund zwei Drittel (63 Prozent) aller Analphabeten sind Frauen. Das geht aus dem am 17. Oktober veröffentlichten UNFPA-Weltbevölkerungsbericht „Gespaltene Welt – Reproduktive Gesundheit und Rechte in Zeiten der Ungleichheit“ hervor.

kerungsbericht „Gespaltene Welt – Reproduktive Gesundheit und Rechte in Zeiten der Ungleichheit“ hervor.

Kluft zwischen Reich und Arm wird größer

„In den meisten Ländern wird die Kluft zwischen Reich und Arm immer größer“, sagt Bettina Maas, Repräsentan-

tin des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) in Äthiopien. „Aber auch in zahlreichen anderen Bereichen gibt es erhebliche Benachteiligungen, etwa aufgrund der Hautfarbe, der ethnischen Zugehörigkeit, des Alters, des Geschlechts und des Wohnorts. Ungleichheiten wirken sich nicht nur gravierend auf den Einzelnen aus, sie hemmen auch das langfristige Wachstumspotenzial von Ländern. Deshalb müssen Benachteiligungen in all ihren Formen deutlich unterschiedener bekämpft werden.“

Die Rechte von Mädchen und jungen Frauen stärken

„Arme Mädchen bekommen mehr Kinder als reiche, weil es ihnen an Auf-

klärung, Verhütungsmöglichkeiten und Bildung mangelt und weil sie eine geringe soziale Stellung haben“, sagt Renate Bähr, Geschäftsführerin der Deutschen Stiftung Weltbevölkerung (DSW). „Um Ungleichheiten abzubauen, sind Aufklärung und Verhütung für junge Menschen einer der wirkungsvollsten Ansätze. Denn wenn Mädchen und junge Frauen frei entscheiden können, ob und wann sie Kinder bekommen, haben sie zugleich bessere Bildungschancen und Aussichten auf ein eigenes Einkommen. Deutschland muss sich deshalb bei der Umsetzung der nachhaltigen Entwicklungsziele deutlich mehr für die Rechte von Mädchen und jungen Frauen engagieren.“

Um die Ungleichheiten abzubauen, empfiehlt UNFPA unter anderem, ei-

nen universellen sozialen Mindestschutz einzurichten, der ein sicheres Grundeinkommen garantiert und lebenswichtige Dienstleistungen abdeckt. Zudem sei es wichtig, den gesamten ungedeckten Bedarf an Familienplanung abzudecken und dabei den ärmsten 40 Prozent der Haushalte Vorrang einzuräumen sowie Dienstleistungen etwa zu Kinderbetreuung auszubauen, damit Frauen berufstätig sein und bleiben können.

Den kompletten Weltbevölkerungsbericht, der auch die jüngsten demografischen und Gesundheitsdaten für alle Länder und Regionen der Erde enthält, gibt es unter www.dsw.org/weltbevoelkerungsbericht.

Red.: ReH

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

www.paediatricboerse.de

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

- Melden Sie sich mit Ihrem DocCheck-Passwort an (Registrierung über www.doccheck.com)
- Erstellen Sie Ihre eigene Anzeige
- Stöbern Sie durch alle Gebote und Gesuche

Die Geschäftsstelle ist Ihnen gern bei der Erstellung Ihrer Anzeige behilflich!

Zentraler Vertreternachweis

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

- Gesuche und Gebote von BVKJ-Mitgliedern: (Urlaubs-)Vertretung, Weiterbildungsstellen, Praxisübernahme, Anstellung, Jobsharing

Formulare zur Erstellung einer Anzeige auf www.paediatricboerse.de oder Aufnahme in den Zentralen Vertreternachweis erhalten Sie bei der

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 02 21 / 68 90 90, Fax: 02 21 / 68 32 04

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de



Unterstützen Sie mit einer Spende
Ihre Stiftung des Berufsverbands

Stiftung Kind und Jugend e. V.
Bank für Sozialwirtschaft

IBAN DE 79 3702 0500 0001 4074 41

Jetzt
Spenden

Aus dem Ausschuss „Jugendmedizin“

„Hilfe, ich werde erwachsen!“ – und wie gehen wir Pädiater damit um?

Weimar 2018. Jugendmedizin-Kongress des BVKJ // Seit nunmehr 24 Jahren findet alljährlich im Frühjahr der immer noch größte europäische Kongress für Jugendmedizin statt. 2018 wird aber auch ein Schicksalsjahr. Warum?



Dr. Burkhard Ruppert

Kongress Jugendmedizin – Desinteresse oder andere Gründe?

In den letzten Jahren nahmen die Anmeldezahlen für Weimar stetig ab. Zuletzt erreichten wir gerade noch 350 Ärzte und MFAs zum Thema Jugendmedizin. Eine Entwicklung, die allerdings nicht nur unseren Kongress betrifft, sondern insgesamt im Bereich der großen pädiatrischen Kongresse des BVKJ deutschlandweit feststellbar ist.

Gründe dafür gibt es reichlich: Immer mehr Arbeit in den Praxen durch Zunahme von z.B. präventiven Leistungen steht eine Abnahme von tatsächlich geleisteter Arbeitszeit entgegen. Dieser hohe Konzentrationsprozess, pro Stunde Arbeitszeit mehr Leistung anbieten zu müssen, ist einerseits wirtschaftlichen Erfordernissen geschuldet, andererseits aber auch einer abnehmenden Präferenzierung der ärztlichen Tätigkeit als primärer Mittelpunkt des eigenen Lebensentwurfs (Stichwort: work-life-balance). Die Bedeutung des eigenen familiären Um-

feldes als wichtigste Aufgabe im Leben schafft völlig neue Arbeitszeitmodelle, die eine Hierarchisierung der Arbeit notwendig machen. Man könnte auch sagen: **Das Wochenende gehört der Familie!**

Und speziell gilt noch dazu in der Jugendmedizin:

- „Ich habe keine Zeit für Jugendmedizin.“
- Wann soll ich das neben U2 bis U9, nicht gerechnet U10 und U11 in den Selektivverträgen, auch noch anbieten?
- Ich mache Termine und die kommen dann doch nicht.
- Schwierige Patienten, bekommen den Mund nicht auf.
- Für eine J1 brauche ich eine Stunde und mehr!“

All dies sind Zitate aus ca. 30 Seminaren, bei über 300 Arztpraxen, die die Mitglieder des Ausschusses Jugendmedizin im Rahmen eines seit 2012 bis 2015 ausgerollten vierstündigen Seminarprogramms für Praxisteams zum Thema: „Wie implementiere ich Jugendmedizin in meiner Praxis?“ deutschlandweit zu hören bekommen haben. Neben der vielen Arbeit wird Jugendmedizin als ein Thema begriffen, dass zwar ganz interessant ist, wofür es aber einfach zu wenig Zeit – und Hand aufs Herz: sicherlich auch bei manchen zu wenig Interesse und Wissen – gibt.

Jugendmedizin ein wichtiger Bereich für die Pädiatrie – oder für andere Fachrichtungen?

Andere Fachgruppen stehen aber schon in den Startlöchern: Urologen, Gynäkologen, Haut- und Allgemeinärzte

haben ihre Interessen für diese Altersgruppe erkannt und sind kräftig dabei, diese umzusetzen. Wir sind als Fachgruppe möglicherweise dabei, wieder eine wichtige Kernkompetenz an andere zu verlieren.

Mangelnde jugendmedizinische Inhalte im Bereich der Ausbildung in „Kinderkliniken“, tun das Übrige dafür, gerade auch bei Berufsanfängern in der eigenen Praxismiederlassung, jugendmedizinische Themen als wenig interessant empfinden zu lassen. Wohl fühlt man sich nur mit Anforderungen, die man auch kennt und beherrscht. Ein kompliziertes Frühchen lässt sich dann eher ärztlich verstehen, als ein komplizierter Jugendlicher.

Der Ausschuss Jugendmedizin steht Ihnen zur Seite und gibt Hilfestellung – Weimar in neuem Gewand und zum neuen Termin

Damit wird jetzt Schluss sein! Wir holen Sie aus Ihrer pädiatrischen ‚Komfortzone‘ und zeigen Ihnen, dass es auch noch ein Leben nach der U9 gibt.

Weimar wird daher in 2018 (13.-15.04.2018) genau diesen Aspekten gerecht werden: **Jugendmedizin als ein Teilgebiet der Pädiatrie** zu verstehen, dass für **alle Kinder- und Jugendärzte ein zentrales Aufgabengebiet ihrer fachärztlichen Tätigkeit** darstellt in der somatische und psychische Aspekte im Mittelpunkt stehen.

Wie begegne ich Jugendlichen? Kommunikation und rechtliche Fragen werden hierzu vorgestellt. Wichtige körperliche Symptome dieser Altersgruppe werden aufbereitet: **Adipositas**,

Müdigkeit, chronische Erkrankungen, endokrinologische und orthopädische Probleme, Bluthochdruck; eine ganze Einheit wird sich dem Problem „Schmerzen“ widmen. **Psychosomatik** darf natürlich nicht fehlen: Aspekte bei **Diabetes mellitus, chronische Beschwerden**, etc.. Natürlich spielt wie überall in der Pädiatrie auch die **Ernährung** eine wichtige Rolle: „Fast food“ und **Essstörungen** werden behandelt; Fragen zur **Zöliakie im Jugendalter** gestreift. Eingeleitet wird der Kongress mit dem Thema: **Medienmündigkeit und Glücksspielsucht**. Bei der Zusammenstellung der Themen haben wir sehr auf Ihre Anregungen geachtet.

Einbeziehung der eigenen Familie und des gesamten Praxisteam

Parallel werden wir aber auch den Aspekt der Beteiligung der eigenen Familie, als unbedingten Teil dieses Wochenendes möglich machen wollen. Bei einer vom Ausschuss Jugendmedizin kürzlich durchgeführten kleinen Online-Umfrage mit ca. 80 Teilnehmern, hat sich eine Mehrheit für dieses Projekt ausgesprochen.

Also alle **Familienmitglieder** – ob jung, ob alt – sind eingeladen nicht nur „Anhängsel“ der jeweiligen Kinder-

und Jugendärzte zu sein, sondern **auch Teilnehmer, bzw. sogar Mitwirkende/r beim Familienkongress**. Wir erhoffen uns damit, dass es wieder spannender wird für Familien mit kleinen und größeren Kindern, oder Familien ohne Kinder nach Weimar zu kommen. Dieses Wochenende soll als etwas erfahren werden, bei dem jeder etwas Neues erlebt und mitbekommt. Die beiden Veranstaltungen werden daher parallel laufen, so dass das Weimar-Wochenende die Möglichkeit bietet, sowohl im Kreis der Familie etwas gemeinsam zu erleben, als auch die Chance, für sich Neues zu erlernen und zu entdecken - sei dies bei fachlichen Veranstaltungen oder im Rahmen der Familien-Uni.

Neben einem **interessanten Fortbildungsteil für medizinische Fachangestellte**, welcher dieses Jahr die Themen Medien, Ernährung, Kommunikation und Sucht umfasst, werden zudem auch Seminare zu den Bereichen Abrechnung und Praxisorganisation angeboten. Besonders freuen wir uns das sehr beliebte Praxisteam-Seminar, welches die Implementierung von Jugendmedizin in der pädiatrischen Praxis thematisiert und von einem Team aus Arzt und MFA besucht wird, durchzuführen.

Die Teilnahme der MFAs an der Familien-Uni – vielleicht ja auch als Praxisevent – ist dabei mehr als erwünscht.

Hat der Kongress noch eine Zukunft?

Uns – dem Ausschuss Jugendmedizin – ist klar, dass ein weiterer Rückgang der Teilnehmerzahlen ein Fortführen dieser Art Kongresse für die Zukunft wahrscheinlich nicht mehr möglich machen würde. Das zeitliche Engagement, das viele von uns – einschließlich der Mitarbeiter der Geschäftsstelle des BVKJ Köln – in die Vorbereitung eines solchen Kongresses stecken und das finanzielle Risiko, wären nicht mehr zu tragen. Entscheiden Sie also selber mit Ihrer Teilnahme, ob ein solcher Kongress auch in der Zukunft noch seine Bedeutung haben soll!

Daher unsere Bitte an Sie: Kommen Sie vom 13. bis 15.04.2018 nach Weimar! Zeigen Sie, dass Jugendmedizin ein Teil der Pädiatrie ist. Helfen Sie uns, Weimar zu verändern und weiter zu verbessern. Denn nur so wird der Kongress für Jugendmedizin zu Ihrem Kongress.

Für den Ausschuss Jugendmedizin:

Dr. med. Burkhard Ruppert
13469 Berlin,

E-Mail: dr.bruppert@gmail.com

Red.: WH

Studie: Kinderarmut in Deutschland oft ein Dauerzustand

Wächst in unserem Land ein Kind in Armut auf, bleibt es meistens für längere Zeit arm. **Rund 21 Prozent aller Kinder leben über mindestens fünf Jahre dauerhaft oder wiederkehrend in einer Armutslage. Oftmals sind sie vom gesellschaftlichen Leben abgekoppelt. Ihre Bildungschancen und Gesundheit leiden. Um das zu ändern, braucht es neue familienpolitische Instrumente. Das ist das Ergebnis einer Langzeituntersuchung im Auftrag der Bertelsmann Stiftung.**

Beengtes Wohnen, wenig Geld für gesundes Essen, Bildung, Hobbies oder Urlaub und nur geringe Chancen auf gesellschaftlichen Aufstieg: Als Kind Armut zu erleben oder das eigene Kind in Armut aufwachsen zu sehen, bringt viele Schwierigkeiten mit sich – umso mehr, wenn es kaum ein Entrinnen aus der Armut gibt. Die neue Bertelsmann-Studie zeigt: In Deutschland leben rund 21 Prozent aller Kinder mindestens fünf Jahre dauerhaft oder wiederkehrend in einer Armutslage. Weitere zehn Prozent befinden sich an der Grenze zwi-

schen dauerhaft gesicherter und nicht gesicherter Lage und rutschen immer wieder in Armut. Knapp 69 Prozent aller Kinder leben dauerhaft in gesicherter Lage.

Die Studie, die in Zusammenarbeit mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) entstand, untersuchte über einen Zeitraum von fünf Jahren jährlich die Einkommenssituation von Familien. In einer Armutslage befinden sich nach der Definition der Studienautoren Kinder in Familien, die mit weniger als 60 Prozent des durchschnittlichen

Haushaltsnettoeinkommens auskommen müssen oder staatliche Grundsicherung beziehen. Besonders von Armut bedroht sind drei Gruppen: Kinder alleinerziehender Eltern, Kinder mit mindestens zwei Geschwistern und Kinder mit geringqualifizierten Eltern.

Vom gesellschaftlichen Leben abgekoppelt: Was Armut für Kinder konkret bedeutet

Armut bedeutet hierzulande für Kinder meist nicht, kein Dach über dem Kopf oder kein Essen zu haben – die existenzielle Grundversorgung ist in der Regel gewährleistet. Arm zu sein heißt aber, auf vieles verzichten zu müssen, was für Gleichaltrige ganz normal zum Aufwachsen dazugehört. Vor allem schließt es von vielen sozialen und kulturellen Aktivitäten aus. Die Studie fragte 23 Güter und Aspekte sozialer Teilhabe ab, ob diese in Familien aus finanziellen Gründen fehlen. Die Liste umfasst Dinge, wie eine ausreichend große Wohnung, eine Waschmaschine, einen internetfähigen Computer, aber auch die Möglichkeit, im Monat einen festen Betrag sparen zu

können. Gesellschaftliche Aspekte, wie ein monatlicher Kinobesuch oder Freunde zum Essen nach Hause einladen zu können, wurden ebenfalls berücksichtigt. Das Ergebnis: Durchschnittlich fehlen Kindern in einer dauerhaften Armutslage 7,3 der 23 Güter, Kindern, die kurzzeitig von Armut betroffen sind, 3,4 Güter. Dagegen müssen Kinder aus Familien mit sicherem Einkommen im Schnitt nur auf 1,3 Güter verzichten. Und Verzicht und Mangel haben langfristige Folgen:

„Wer schon als Kind arm ist und nicht am gesellschaftlichen Leben teilnehmen kann, hat auch in der Schule nachweisbar schlechtere Chancen. Das verringert die Möglichkeit, später ein selbstbestimmtes Leben außerhalb von Armut zu führen,“ sagt Jörg Dräger, Vorstand der Bertelsmann Stiftung.

Sozialpolitik vom Kind her denken

Die heutige Sozialpolitik könne nicht sicherstellen, Kindern Wege aus der Armut zu eröffnen: „Die zukünftige Familien- und Sozialpolitik muss die Vererbung

von Armut durchbrechen. Kinder können sich nicht selbst aus der Armut befreien – sie haben deshalb ein Recht auf eine Existenzsicherung, die ihnen faire Chancen und ein gutes Aufwachsen ermöglicht.“ Dräger fordert daher einen Paradigmenwechsel: Die Bedarfe von Kindern und Jugendlichen sollten in den Mittelpunkt des familienpolitischen Handelns rücken.

Bislang werden Kinder vom Gesetzgeber wie ‚kleine Erwachsene‘ behandelt. Es braucht neue sozial- und familienpolitische Instrumente, die Armut entgegenwirken und Kinder gezielt unterstützen. Hierzu müssen erstens die Bedarfe und Interessen von Kindern systematisch erfasst werden. Darauf aufbauend sollte zweitens eine neue finanzielle Leistung für Kinder geschaffen werden, die bisherige familienpolitische Leistungen bündelt und vor allem armen Kindern unbürokratisch hilft. Drittens brauchen Kinder und Eltern in ihrer Umgebung gute Bildungs- und Freizeitangebote und passgenaue Unterstützung.

Red.: ReH

auf den • gebracht

Studien zum Thema Kinderarmut werden regelmäßig veröffentlicht. Beengtes Wohnen, wenig Geld für gesundes Essen, Hobbies, Ferien, Sportvereine, wenig Anregungen durch kulturelle Teilhabe – so wird Armut in Deutschland meist beschrieben. Und wir wissen: ca. 20 Prozent unserer Kinder und Jugendlichen wachsen unter solchen Bedingungen auf. So bitter diese Facetten von Armut für die betroffenen Kinder sind, auf eines wird häufig nicht hingewiesen: die gleichzeitig häufig vorhandene Bildungsferne der betroffenen Familien. Doch genau diese scheint – das zeigen viele Untersuchungen – eine besonderer Bedeutung für die gelingende bzw. nicht gelingende Entwicklung der in diese Familien hineingeborenen Kinder zu haben. Die Frage, was genau es ist, was Kinder aus bildungsfernen Familien schon zu Schulbeginn zu schlechteren Lesern, Rechnern

und allgemein intellektuell weniger Werdigen macht, ist wichtig, weil hieraus die familienpolitischen Programme abgeleitet werden müssen, die betroffenen Kinder so früh wie möglich zu unterstützen. Was fehlt in vielen bildungsfernen Familien, was müssen Kinder, die dort aufwachsen, entbehren?

Zahlreiche Studien sagen, dass frühkindliche Entwicklung etwas mit Bindung zu tun hat, dem „sicheren Hafen“ Familie, der mütterlichen Responsivität, aber es ist fraglich, ob das Fehlen allein dieser sicheren Bindung tatsächlich dazu führt, dass letztendlich das entsprechende Kind in seiner Herkunftsschicht verhaftet bleibt. Wir wissen auch nicht, ob bildungsferne Eltern grundsätzlich weniger bindungskompetent sind als Eltern mit höheren (oder überhaupt irgendwelchen) Schulabschlüssen. Oder ist es vielleicht gar nicht die mangelnde fami-

liäre Bildung oder die fehlende Bindung, sondern etwas Drittes? Manche meinen, eine frühkindlich gestörte Entwicklung hinge im Wesentlichen mit frühkindlich erfahrenem schädlichen Stress zusammen. Die permanente übermäßige Cortisolproduktion würde zu irreversiblen hirnrorganischen Veränderungen führen, die das Kind weniger aufnahme- und lernfähig machten. Würde man der Stress-Theorie glauben, müssten alle familienpolitischen Maßnahmen darauf ausgerichtet werden, Familien in Armutslagen ihren Stress zu nehmen; ein in der gegenwärtigen gesellschaftlichen Wirklichkeit nahezu unmögliches Unterfangen.

Wieder andere (zum Beispiel eine Bundestagsabgeordnete, mit der ich kürzlich sprach) meinen, dass das Leben in Armutsfamilien zu epigenetischen Veränderungen der Kinder führe, die vor allem die

intellektuellen Fähigkeiten beeinträchtigen. Dummheit gebiert Dummheit, Finger weg von den betroffenen Kindern, Hilfe zwecklos, so lautet in Kürze diese Theorie, deren Determinismus rassistische Züge trägt.

Ich selbst bleibe dabei, dass die Chancen eines Kindes auf eine normale intellektuelle Entwicklung, auf optimale Entfaltung seiner angeborenen Kompetenzen ganz wesentlich abhängen vom Grad der frühkindlichen Entwicklungsanregung, dem Beschäftigen der Eltern mit dem Kind, dem Weitergeben von Erfahrungen, dem Vorlesen und Spielen und natürlich der ständigen sprachlichen Kommunikation. Natürlich gehört dazu Bindung, natürlich gehört dazu, auf die (Anregungs-)Wünsche der Kinder einzugehen, ihnen einen „sicheren Hafen“ zu bereiten und Stress von ihm zu nehmen. Möglicherweise sind diese elterlichen Kompetenzen bei armen und bildungsfernen Familien selbst nicht erlernt oder von den eigenen Eltern erfahren worden. Ich leite daraus die familienpolitische Notwendigkeit ab, so früh wie nur irgend möglich, am besten gleich nach der Geburt, armuts- und bildungsprekäre Familien an lebensräumliche Strukturen zu binden, die sowohl der Familie in ihren sozialen Nöten und erzieherischen Schwierigkeiten wie auch den Kindern helfen können; letzteren natürlich durch eine qualifizierte Kindertagesbetreuung. Eltern könnte sozialer Druck genommen werden, sie könnten lernen, mit ihren Kindern entspannt umzugehen. Ich bin überzeugt, dass die betroffenen Kinder ihre Potentiale mithilfe solcher Strukturen besser entfalten können. Vielleicht wird man dann herausfinden, dass nicht aus jedem Kind ein kleines Genie wird, dass aber deutlich mehr betroffene Kinder als heute ein gelingendes individuelles Leben führen können und nicht spätere Belastung, sondern wichtiger Teil der gesellschaftlichen Arbeitsteilung werden. Und wir PädiaterInnen wären aus der unerträglichen Situation befreit, mit Heilmittelverordnungen soziogene Entwicklungsprobleme zu „lösen“.

Korrespondenzadresse:

Dr. Ulrich Fegeler

16515 Oranienburg

E-Mail: ul.fe@t-online.de

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge: Zahl der Asylanträge erheblich gesunken.

Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der Asylanträge unbegleiteter Minderjähriger um ca. 76 Prozent gesunken. Dies geht aus einer Statistik des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) hervor. Von Januar bis August 2017 wurden 6.928 Asylanträge gestellt. Die Einreisezahlen weichen jedoch hiervon ab, da Asylanträge für die Minderjährigen zum Teil nicht oder nur verzögert gestellt werden (siehe Tab. 1).

Der Großteil der Antragstellenden war 16 oder 17 Jahre alt (ca. 82 %) und männlich (ca. 86 %). Hauptherkunftsländer waren Afghanistan (ca. 25 %) und Eritrea (ca. 20 %). Die Gesamtschutzquote betrug ca. 80 Prozent – ein Großteil der Minderjährigen wird damit auf Dauer oder langfristig in Deutschland bleiben. Die

Schutzquote ist jedoch gegenüber 2016 (ca. 89 %) gesunken.

Schutzquote sinkt, Schutzbedürftigkeit bleibt hoch

Das Sinken der Schutzquote betrachtet der Bundesfachverband unbegleitete

minderjährige Flüchtlinge e. V. (b-umF) mit großer Sorge, da die tatsächliche Schutzbedürftigkeit unverändert hoch ist, sich jedoch die Entscheidungspraxis des BAMF – insbesondere in Bezug auf die Hauptherkunftsländer Afghanistan, Eritrea und Somalia – trotzdem verändert hat (siehe Tab. 2).

	2015	2016	Jan-Aug 2017
Asylerstanträge von unbegleiteten Minderjährigen	22.255	35.939	6.928

Tab. 1

	2015	2016	Jan-Aug 2017
Gesamtschutzquote: Entscheidungen über Asylanträge von unbegleiteten Minderjährigen	90 %	89 %	80 %

Tab. 2

Unbegleitete Minderjährige und junge Volljährige in jugendhilferechtlicher Zuständigkeit*					
	Gesamtzahl am 30.12.2016	Gesamtzahl am 24.10.2017	Davon unbegleitete Minderjährige	Davon junge Volljährige	Quotenerfüllung am 24.10.2017
BW	8.269	7.433	3.931	3.502	101,0 %
BY	10.151	8.361	4.017	4.344	94,8 %
BE	2.731	2.374	1.527	847	82,3 %
BB	1.601	1.407	927	480	81,6 %
HB	1.893	1.770	629	1.141	327,1 %
HH	2.036	1.905	651	1.254	131,2 %
HE	6.163	5.520	2.633	2.887	131,4 %
MV	1.001	908	679	229	79,5 %
NI	5.371	4.811	2.843	1.968	90,8 %
NW	13.296	12.256	8.084	4.172	102,1 %
RP	2.915	2.773	1.619	1.154	101,1 %
SL	854	670	253	417	97,5 %
SN	2.698	2.228	1.826	402	77,6 %
ST	1.466	1.231	986	245	77,5 %
SH	2.113	1.806	1.030	776	93,8 %
TH	1.505	1.305	1.034	271	85,3 %
Summe aller Zuständigkeiten	64.045	56.758	32.669	24.089	

* Die Zahlen basieren auf der Bundesliste des Bundesverwaltungsamtes (BVA), deren Genauigkeit ist abhängig von der Meldung der Bundesländer an das BVA. Abweichungen vom tatsächlichen Bestand sind daher möglich.

Tab. 3



Foto: © Kzenon - Fotolia.com

hen Bedarf an Unterstützung über das 18. Lebensjahr hinaus, warnt der Bundesfachverband umF davor, voreilig Kapazitäten zurückzubauen.

Gleichzeitig müsste man sich darauf einstellen, dass durch geänderte Fluchtwege und die erheblichen Gefahren, denen die Minderjährigen in Folge der Schließung der Balkanroute und der er-

schwertesten Seenotrettung ausgesetzt sind, der Anteil schwer traumatisierter Minderjähriger weiter zunehme. Laut UNICEF waren 92 Prozent aller Minderjährigen, die Italien über den Seeweg erreicht haben, unbegleitet. 75 Prozent hätten von Fluchterlebnissen berichtet, die nahelegen, dass sie Opfer von Menschenhandel und Ausbeutung geworden sind.

Auch nachdem Minderjährige in Italien, Bulgarien oder Griechenland ankom-

men, sind sie oft nicht in Sicherheit. Da Zusammenführungen mit Angehörigen und Bezugspersonen nur schwer durchzusetzen sind, reisen sie oft alleine und auf illegalen Wegen in ihre Zielländer wie Deutschland. Sie verstecken sich hierzu unter anderem unter Güterzügen und LKWs oder reisen mit Hilfe von Schleppern, was die Gefahr von Missbrauch und Ausbeutung erhöht.

Der Bundesfachverband umF fordert legale Ein- und Weiterreisemöglichkeiten nach und in Europa sowie die Durchsetzung bestehender Ansprüche. Der fragile Zustand, in dem der Großteil der Minderjährigen in Europa ankommt, macht zudem eine deutliche Verbesserung der Betreuungssituation und rechtliche Korrekturen nötig, damit Stabilisierung und Perspektivbildung gelingen kann.

Red.: ReH

Auch die Zahl junger Flüchtlinge, die im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe betreut und untergebracht wird, ist gegenüber dem Jahresende 2016 um ca. 17 Prozent zurückgegangen. Dies geht aus den Daten des Bundesverwaltungsamtes hervor (siehe Tab. 3).

Vor dem Hintergrund der Berichte über einen immer größer werdenden Anteil von unbegleiteten Minderjährigen unter den Bootsflüchtlingen und dem ho-



Fotos: Familie Korbach

Sie werden sehen, Sie schaffen das!

Der medizinische Fortschritt hat dazu geführt, dass heute selbst Kinder mit schweren körperlichen und auch geistigen Einschränkungen erwachsen werden. Jeder sechste Patient, den Kinder- und Jugendärzte heute medizinisch versorgen, leidet unter einer chronischen Grunderkrankung. Der BVKJ hat daher das Thema „Chronische Erkrankungen im Kinder und Jugendalter“ zu seinem Jahresthema gemacht. Auf dem diesjährigen Kinder- und Jugendärztag in Berlin waren auch Eltern chronisch kranker Kinder als Referenten eingeladen. Ihre Berichte, die wir hier in leicht veränderter Form abdrucken, sind Nahaufnahmen aus dem Alltag mit chronisch kranken Kindern. Sie können helfen, die Bedürfnisse der betroffenen Patienten und ihrer Familien besser zu verstehen und ihnen zu helfen. Hier nun der Erfahrungsbericht des Ehepaars Korbach über das Leben mit Tochter Rafaela, welche an Morbus Down, sowie Morbus Crohn erkrankt ist.

Wir heißen Manfred und Traudel Korbach, sind 60 und 54 Jahre alt und seit 30 Jahren verheiratet. Unser Wohnort ist ein kleines Dorf im Westerwald. Wir haben vier Kinder im Alter von 27, 25, 23 und 21 Jahren.

Rafaela ist die jüngste Tochter und eine junge Frau mit Down-Syndrom. Seit 2010 leidet sie an Morbus Crohn. Sie besuchte den Regelkindergarten der Ortsgemeinde und anschließend eine Förderschule mit

ganzheitlichem Schwerpunkt. Zurzeit arbeitet sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Aktuell ist sie in der Wäscherei und Heißmangel tätig und fühlt sich dort sehr wohl.

Als ich feststellte, dass ich zum vierten Mal schwanger war, war ich 32 Jahre alt. Da wir bereits drei gesunde Kinder hatten, lag der Gedanke an ein behindertes Kind sehr fern, ebenso spezielle Untersuchungen. Die Diagnose bei der Geburt war

dann natürlich ein Schock für uns. Bereits im Kreissaal machte uns der Frauenarzt darauf aufmerksam, dass der Verdacht auf Down-Syndrom bestehe. Die Angst davor, dieser Belastung nicht gewachsen zu sein, war sehr groß. Wir beide hatten dabei auch das Leben meines behinderten Bruders vor Augen und wussten, wie schwierig das sein kann.

Der Frauenarzt kannte uns gut, da die Geburt aller Kinder durch ihn begleitet

wurde. Noch im Kreissaal sagte er einen Satz, den ich bis heute nicht vergessen habe: „Frau Korbach, Sie werden sehen, Sie schaffen das! Denken Sie daran, diese Menschen sind in ihrer Welt glücklich; nur wir meinen, es müsste anders sein.“

Dieser Satz hat uns oft geholfen, in schwierigen Situationen Sicht- und Denkweisen zu hinterfragen und zu ändern. Dafür sind wir dem Arzt bis heute noch dankbar.

Unsere Erfahrungen als Eltern eines behinderten, chronisch kranken Kindes mit Ärzten

Der erste Arzt war natürlich der Frauenarzt, der bei der Geburt dabei war. Wie oben schon berichtet, fanden wir es sehr gut, dass er uns gleich nach der Geburt gesagt hat, dass Rafaela behindert ist.

Die nächste Station war dann der Kinder- und Jugendarzt, welcher uns schon

verstehen: Wir haben doch ein behindertes Kind und er gratuliert uns? Heute wissen wir, dass wir wirklich Glück hatten.

Ein Segen war auch die sehr gute Krankengymnastin, die nach Bobath behandelte und sehr engagiert war. Der Kinderarzt hatte sie empfohlen. Sie hat nicht nur therapiert, sondern auch Kontakte zu anderen Müttern mit Kindern mit Down-Syndrom hergestellt, Feste zum Kennenlernen veranstaltet und vieles mehr. Das war sehr hilfreich.

Da haben wir z. B. ein damals siebenjähriges Down-Mädchen kennengelernt. Sie war so taff und cool. Das hat uns richtig Freude bereitet und Hoffnung gemacht.

Der Kinder- und Jugendarzt war es auch, der den Kontakt zum Heiltherapeutischen Zentrum in Neuwied herstellte.

Die dort behandelnde Ärztin hat uns immer wieder gute Tipps im Umgang mit unserer Tochter gegeben, vor allem aus psychologischer Sicht. Es waren ja auch noch die Geschwisterkinder da, die ebenfalls zeitweise Logopädie und Ergotherapie brauchten. Das hat geholfen, unsere „gesunden“ Kinder mit ihren Sorgen und Problemen nicht aus den Augen zu verlieren. Denn auch die Geschwister tragen die Sorgen und Nöte ihrer Schwester mit, auch heute noch im Erwachsenenalter.

Diese Ärztin vom HTZ in Neuwied hat sich z. B. auch dafür eingesetzt, dass zeitweise eine Heilerzieherin zu uns nach Hause kam und Rafaela therapiert hat. Das war nicht einfach, weil die Kostenübernahme dafür nur über das Sozialamt möglich war. Die Entlastung zu Hause hat unsere Situation jedoch sehr erleichtert.

Immer wieder hatte ich als Mutter ein schlechtes Gewissen, dass wir Rafaela nicht genug fördern können. Diese Ärztin hat mir geholfen mit dem Satz: „Sie können Ihr Kind ein Leben lang therapieren, da gibt es immer etwas. Aber wenn es Ihnen nicht gut geht, hat alles keinen Sinn.“

Was hat uns im täglichen Leben geholfen?

Schon wenige Tage nach der Geburt von Rafaela mischte sich bei mir als Mutter zu dem Gefühl der Traurigkeit auch ein Gefühl des „Froh sein Wollens“. Ich wollte mit Rafaela glücklich sein. Die Geschwister sollten nicht das Gefühl haben, dass Rafaela mich unglücklich macht und auch Rafaela selbst sollte eine glückliche Mutter erleben. Mein Mann sah das genauso.



Wie bereits angemerkt, habe ich einen Bruder mit Down-Syndrom. Eine Chromosomenbestimmung bei unserer Tochter Rafaela hat ergeben, dass es sich um eine freie Trisomie 21 handelt. Somit konnten wir ausschließen, dass es sich um eine vererbte Krankheit handelt.

In unserem Umfeld sind wir sehr offen mit der Behinderung von Rafaela umgegangen. Wie es in so einem kleinen Ort üblich ist, gratulieren und fragten alle, ob denn Mutter und Kind wohl auf seien. Unsere ehrliche Antwort, dass Rafaela behindert sei, war einerseits für uns erleichternd, andererseits für das Umfeld manchmal schwer, weil die fragenden Personen erstmal betroffen waren.

Schon da hat sich unser guter Freundeskreis als Stütze und Hilfe erwiesen, z. B. durch praktische Hilfe beim Fenster putzen, Essen vorkochen, Kuchen backen, Gardinen nähen für unseren neuen Kleinbus und vieles mehr.

In unserer Familie wurde Rafaela ebenfalls ganz liebevoll aufgenommen. Für ihre Geschwister war Rafaela ein ganz normales Kind.

durch die älteren Geschwister kannte. Er hat uns ausführlich über alles informiert, was es zum Thema Down-Syndrom gibt. Mit den vielen Begriffen und Aussagen waren wir überfordert, besonders mit den Informationen, was alles sein könnte. Begriffe wie „Affenhand“ und „Stiernacken“ fand ich als Mutter schrecklich und nicht passend. Weniger Informationen hätten uns in diesem Moment gereicht und nicht so sehr verängstigt. Diese Empfindungen sind natürlich rein subjektiv. Andere Eltern bestehen vielleicht auf so viel Information. Trotz dieser anfänglichen Informationsflut und unserer dadurch ausgelösten Überforderung haben wir uns bei unserem Kinderarzt mit unseren vier Kindern immer gut aufgehoben gefühlt.

Rafaela hatte (nur) ein kleines Loch im Herz, wie es ganz oft auch bei gesunden Kindern vorkommt. Wir suchten einen Kinderkardiologen auf. Die Untersuchung ergab, dass die Größe des Loches unbedenklich war. Er sagte damals: „Sie haben ein organisch gesundes Down-Kind: Herzlichen Glückwunsch!“ Das konnten wir in dieser Situation nicht recht

Das war ein hartes Stück Arbeit an uns selbst, besonders das Erlernen von Geduld, das Abwarten- und Loslassen-können.

Unterstützung bekamen wir von einer guten Bekannten, die damals eine Ausbildung zur Familientherapeutin machte und uns begleitete. Das hat uns als Ehepaar sehr geholfen.

Dass die Geschwister ganz normal mit ihr umgegangen sind, weil sie anfangs keinen Unterschied bemerkten, hat uns davor bewahrt, Rafaela in Watte zu packen. Streitigkeiten, Spiel und Spaß unter den Geschwistern gehörten zum Alltag. Auch die Freunde unserer Kinder gewöhnten sich an sie und ihre Andersartigkeit. Dadurch konnten wir sie gar nicht sonderlich bevorteilen.

Ob im Alltag oder im Urlaub: Wir haben überwiegend positive und offene Menschen erlebt. Selten oder überhaupt nie haben wir eine Ablehnung erfahren. Neugierige Blicke in der Öffentlichkeit empfanden wir nicht negativ, sondern mehr als Interesse. Oft haben wir die „Beobachter“ offen angesprochen und somit sehr viele interessierte Menschen kennengelernt.

In unserer jetzigen Lebenssituation haben wir am meisten mit dem „Angebundensein“ zu kämpfen. Die Geschwister sind mittlerweile alle im Studium und stehen für eine Betreuung von Rafaela nur bedingt zur Verfügung. Wir spüren immer mehr, dass Rafaela uns bindet, und wir vieles, was Paare in der Lebensmitte wieder tun können, bei uns nicht so ist. Vieles geht, manches aber auch nicht.

Eine weitere Herausforderung ist die „Verlangsamung“. Down-Menschen werden in anderen Kulturkreisen auch „unsere Langsamen“ genannt. Mahlzeiten, Körperpflege, Spaziergänge, Radtouren, Ausflüge, alles geht mit Rafaela langsamer. Wir versuchen dann, es als positiv zu sehen, wenn wir einiges absagen „dürfen“ und die Ausbremsung als gewonnene Ruhe zu genießen. So sind wir als Ehepaar herausgefordert, Prioritäten konsequent zu setzen. Mitunter kann das auch richtig gut tun.

In unserer Familie ist mein Mann der Hauptverdiener. Durch seine berufliche Tätigkeit habe ich zu Hause die Hauptlast getragen. Gerade durch die vielen Termine, die wahrgenommen werden mussten, auch bei den gesunden Kindern, war die Belastung sehr hoch. Dies hat oft zu Kon-

flikten in der Ehe und im Beruf geführt. Denn auch mein Mann war hin- und hergerissen zwischen der beruflichen Herausforderung und dem Mittragen der Sorgen um das behinderte Kind und die der Geschwisterkinder.

Dass dies eine große Herausforderung an unsere Ehe war und immer wieder ist, steht außer Frage. Trotz allem haben wir uns immer wieder Zeit genommen, an Wochenenden für Ehepaare, die von kirchlicher Seite angeboten wurden, teilzunehmen. Hier haben wir gelernt, immer wieder aufeinander zugehen, uns immer wieder bewusst zu machen, dass der jeweils andere auch sein Bestes tut.

Für mich als Frau bedeutete das, immer wieder anzunehmen, dass ich beruflich nicht wieder so einsteigen konnte wie meine Freundinnen und Bekannten. Zeitweise habe ich das richtig betrauern müssen. Aber auch hier haben sich Türen aufgetan: Ich habe bei uns im Ort eine Beschäftigung auf 450 €-Basis gefunden. In einem kleinen Zahnlabor erledige ich die



gesamte Büroarbeit und beliefere auch die Zahnarztpraxen. Das ist machbar, auch wenn Rafaela mal wegen Krankheit oder Urlaub zu Hause ist. Dass dies möglich ist, tut mir gut und stärkt mein Selbstbewusstsein.

Was hat die zusätzliche Erkrankung an Morbus Crohn verändert?

2010 erkrankte Rafaela an Morbus Crohn. Das war und ist natürlich eine besondere Herausforderung. Bis zur Dia-

gnose war es nervenaufreibend und kräftezehrend, da der Kinder- und Jugendarzt lange auf eine Allergie tippte. Wässriger Stuhl, Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme waren an der Tagesordnung. Ohne Wechselwäsche ging gar nichts. Wenn wir unterwegs waren, haben wir oft nicht schnell genug eine Toilette gefunden, so dass wir sehr oft Unternehmungen wieder abbrechen mussten und später erst gar keine mehr unternommen haben.

Dies zog sich ein gutes halbes Jahr hin. Da es Rafaela immer schlechter ging, erfolgte letztendlich eine Einweisung ins Krankenhaus. Bis zur endgültigen Diagnose mit Darmspiegelung und MRT vergingen dann aber nochmals vier Wochen.

Die harte Zeit im Krankenhaus hat viel Kraft gekostet. Sie hat aber auch dazu geführt, dass ich mich auf die kleinen schönen Dinge konzentriert habe, sei es die Sonne, eine gute Tasse Kaffee oder der Zuspruch der Krankenschwester. Seitdem weiß ich, dass trotz der vielen Sorgen auch immer wieder schöne Dinge passieren.

Auf Empfehlung des behandelnden Arztes, wechselten wir nachfolgend in die DKD nach Wiesbaden. Dort übernahm Professor Keller die weitere Behandlung. Durch die regelmäßigen Kontrollen und Untersuchungen haben wir uns sehr sicher gefühlt. Sehr positiv war die Tatsache, dass wir jederzeit per Mail Kontakt mit Professor Keller aufnehmen konnten. Das hat uns die Angst vor der Erkrankung genommen und ein Stück Sicherheit gegeben.

Aktuell leben wir gut mit der Krankheit. Bis zum jetzigen Zeitpunkt sind kei-

ne erneuten Entzündungsschübe mehr aufgetreten. Rafaela geht es sehr gut. Sie ist körperlich wieder belastbarer und aktiver. Trotzdem möchten wir keinen Urlaub in exotischen Ländern verbringen, zum einen wegen des Essens und zum anderen wegen der ärztlichen Betreuung.

Es wirkt sich positiv auf den Krankheitsverlauf aus, dass Menschen mit Down-Syndrom sehr auf Rituale und Gewohnheiten achten. Rafaela weiß genau, wann sie eine Tablette nehmen muss und erinnert auch daran, falls wir es vergessen.

Unser Ziel war und ist es, dass Rafaela später einmal in einer Wohngruppe bzw. in einem Wohnheim untergebracht werden kann. Bedingt durch den Morbus Crohn ist die Sorge bezüglich Unterbringung in einer Wohngruppe größer geworden, denn wir sind jetzt anspruchsvoller. Wer achtet dann auch insbesondere bezüglich der Krankheit auf sie?

Was macht das Azathioprin in einigen Jahren mit unserer Tochter, die durch ihre Grunderkrankung schon ein geschwächtes Immunsystem hat? Wird sie einmal an Leukämie erkranken?

Mein Mann hat sich anfangs die Medikamente angesehen und die Beipackzettel durchgelesen. Er war schockiert über die Nebenwirkungen und die eventuell entstehenden Krankheiten, z. B. Leukämie. Das führte dazu, dass er die Beipackzettel nur noch bedarfsweise gelesen hat, sonst wäre er depressiv geworden. Mit der inneren Entscheidung, eventuell nachfolgende Krankheiten zu akzeptieren, haben wir uns wohler gefühlt. Denn ohne diese Medikamente würde Rafaela nicht schmerzfrei leben können und wahrscheinlich auch nicht lange.

Die bisher mit Rafaela verbrachten 21 Jahre haben dazu geführt, dass sich Werte, Sicht- und Denkweisen bei uns verändert haben. Das Hier und Jetzt hat

mehr Bedeutung. Kleinigkeiten bleiben Kleinigkeiten, auch in Bezug auf die Geschwister von Rafaela. Wir messen sie nicht so sehr an schulischen oder sonstigen Leistungen, sondern sehen vielmehr den ganzen Menschen mit all seinen Stärken und Schwächen.

Letztlich hat uns unser Glaube an Gott und unser Vertrauen auf ihn immer wieder Kraft zum Weitermachen gegeben. Ein Zitat beschreibt dies treffend:

„Hoffnung ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht, sondern die Gewissheit, dass etwas Sinn hat, egal wie es ausgeht.“

Korrespondenzadresse:

Traudel und Manfred Korbach

56414 Weroth

E-Mail: mkweroth@arcor.de

Red.: ReH, Keller

Buchtipp

Miriam Haagen **Mit dem Tod leben**

Kinder achtsam in ihrer Trauer begleiten – Ein Ratgeber für verwitwete Eltern

Verlag Kohlhammer, Stuttgart, 2017, 100 Seiten, € 19,00
ISBN 978-3-17-031278-4

Dr. med. Miriam Haagen, ärztliche Psychotherapeutin, schildert in ihrem lesenswerten Büchlein die vielfältigen Probleme, die in Familien entstehen, wenn ein oder auch beide Elternteile versterben und Kinder und Verwitwete vor großen Problemen und Belastungen stehen, auf die sie in aller Regel nicht vorbereitet sind.

Für uns Kinder- und Jugendärzte ist interessant, dass die Autorin sehr einfühlsam und anhand von Beispielen das Trauererleben in den verschiedenen Altersstufen von Kindern und Jugendlichen schildert und wertvolle Ratschläge zur Bewältigung der Trauerarbeit im Alltag gibt.

Nach dem Tod des Partners sind Eltern alleinerziehend wider Willen. Neben der eigenen Trauer um den geliebten Menschen sind sie mit den Reaktionen ihrer Kinder auf den Verlust eines Elternteils beschäftigt und nicht selten damit sehr belastet. „Woran erkenne ich, ob meine Kinder Hilfe brauchen?“, ist eine häufig auch in unseren Praxen gestellte Frage von Eltern. Aufbauend auf

dem Konzept von Reflective Parenting und mentalisierungsbasierter Paar- und Familientherapie werden praktische Vorgehensweisen aufgezeigt und erklärt, die verwitweten Eltern helfen, die Entwicklung ihres Kindes/ihrer Kinder auch in dieser schwierigen Lebenssituation zu verstehen und zu fördern. Damit werden lebendige, nahe Beziehungen in Familien in diesen traurigen Lebensumständen ermöglicht und die Resilienz von Familien wird gestärkt.

Das Büchlein bietet Hilfe in der direkten Beratung, kann aber auch verwitweten Eltern empfohlen werden, ersetzt in schwierigen Fällen aber keine professionelle Therapie.

Links führen zu weiteren Hilfen im Netz.

Korrespondenzadresse:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

E-Mail:

dr.wolfram.hartmann@uminfo.de



EIN Team für alle

Flächendeckende Palliativbetreuung für schwerkranke Kinder und Jugendliche in Niedersachsen

// In Niedersachsen gibt es seit einiger Zeit das Pädiatrische Palliative Care Team Niedersachsen als landesweit agierender Anbieter für spezialisierte ambulante Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Erkrankungen (SAPV-KJ).

Über das Konzept und die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Pädiatern sprach mit unserer Zeitschrift Dr. med. Annette Sander, ärztliche Leiterin des Care Teams.

Warum brauchen Kinder und Jugendliche eine eigene Palliativversorgung?

Sowohl das Erkrankungsspektrum als auch Art und Umfang der Versorgung unterscheiden sich in der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen. Dabei überwiegen Kinder mit neurologischen, neurodegenerativen und genetische Erkrankungen. Die Versorgung kann im Sinn einer Krisenintervention auch bei noch länger prognostizierter Erkrankung erfolgen und schließt die ganze Familie mit ein. Dazu bedarf es pädiatrisch spezialisierter Versorgungsteams aus medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Fachkräften.

Wie ist Ihr Netzwerk aufgebaut?

Um eine Versorgung in ganz Niedersachsen zu gewährleisten, stehen in sechs Regionalteams an den Standorten Braunschweig/ Wolfsburg, Göttingen, Hannover, Oldenburg, Osnabrück und Syke/ Soltau spezialisierte Versorgungsteams zur Verfügung. Jedes Regionalteam versorgt Patienten in einem Radius von ca. 100 km.

Ein zentrales Koordinierungsbüro in Hannover übernimmt für alle Regionalteams die organisatorischen und administrativen Aufgaben.

Wie werden die örtlichen Kinder- und Jugendarztpraxen eingebunden?

Das SAPV-KJ-Team berät Familie, Kinderarzt und Pflegedienst in der Behandlung belastender Symptome und ist mit seiner Rufbereitschaftsdienst im Notfall rund um die Uhr erreichbar. Es führt regelmäßig Hausbesuche durch und leitet vor Ort im Umgang mit Medikamenten und Hilfsmitteln an.

Ziel ist es, in enger Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendarzt vor Ort dem oft geäußerten Wunsch nach einer häuslichen Betreuung nachzukommen und Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

Wie können Sie ihre Patienten in das Netzwerk bringen?

Voraussetzung für die Verordnung der SAPV für Kinder und Jugendliche sind das Vorhandensein einer lebensverkürzenden Erkrankung sowie zusätzlich ein komplexes Symptomgeschehen, dessen Behandlung spezielle palliativmedizinische Kompetenz erfordert, wie z.B. Schmerztherapie. Anders als bei erwachsenen Patienten darf die SAPV bei Kindern und Jugendlichen im Sinn einer Krisenintervention auch bei noch länger prognostizierter Erkrankung verordnet werden.

Informationen zur Verordnung (Muster 63), Ausfüllhilfen und Erläuterungen sowie die Versorgungsstruktur in Nieder-

sachsen finden Sie auf unserer Homepage www.betreuungsnetz.org unter SAPV-KJ. Auf youtube finden Sie unter „SAPV-KJ“ das Erklärvideo zum Thema.

Gern stehen wir persönlich für alle Fragen rund um die SAPV zur Verfügung.

Welche Erfahrungen mit der SAPV liegen bisher vor?

Seit Beginn der Versorgung im Jahr 2010 hat die Zahl der betreuten Familien kontinuierlich zugenommen. Es hat sich gezeigt, dass viele Familien durch die frühzeitige Einbindung des Palliativteams deutlich entlastet werden und die Lebensqualität der Kinder verbessert werden kann. Die SAPV leistet weit mehr als Sterbebegleitung und darf insbesondere bei schwerstkranken Kindern mit entsprechendem Bedarf auch zusätzlich zu häuslicher Krankenpflege z.B. zur Krisenintervention verordnet werden. Ein Teil der Patienten kann so auch über längere Zeit stabilisiert werden.

Informationen zur Verordnung (Muster 63), Ausfüllhilfen und Erläuterungen sowie die Versorgungsstruktur in Niedersachsen: www.betreuungsnetz.org unter SAPV-KJ.

ReH



Stiftung Kind und Jugend

Unterstützen Sie mit einer Spende
Ihre Stiftung des Berufsverbands

Stiftung Kind und Jugend e. V.
Bank für Sozialwirtschaft

IBAN DE 79 3702 0500 0001 4074 41

Jetzt

Spenden

Mitteilungen aus dem Verband

Geburtstage im Januar 2018

65. Geburtstag

Herr Dr. med. **Bernhard Nast**, Hamburg, am 01.01.1953
 Frau **Hedwig Andrzejewski**, Westoverledingen, am 02.01.1953
 Herr Dr. med. **Ekkehard Reich**, Friedrichshafen, am 02.01.1953
 Herr Dr. med. **Christian Holm**, Zürich, am 03.01.1953
 Frau Dr. med. **Christine Schnitzler**, Langenfeld, am 03.01.1953
 Frau Dipl.-Med. **Brigitte Becher**, Gera, am 04.01.1953
 Herr **Edwin Ackermann**, Tönisvorst, am 04.01.1953
 Herr Dr. med. **Peter Krauss**, Aichwald, am 05.01.1953
 Frau Dr. med. **Gerda Rosenthal**, Aachen, am 06.01.1953
 Frau **Monika Gross**, Unna, am 08.01.1953
 Frau Dr. med. **Martina Grohmann**, Dresden, am 16.01.1953
 Frau Dr. med. **Elisabeth Einhoff**, Dortmund, am 18.01.1953
 Frau Dr. med. **Ulrike Keipus**, Berlin, am 18.01.1953
 Frau Dr. med. **Sibylle Speelmans**, Sankt Augustin, am 19.01.1953
 Frau **Monika Leowsky**, Essen, am 21.01.1953
 Frau Dr. med. **Gudrun Schwamb**, Erfurt, am 22.01.1953
 Frau Dr. med. **Gabriele Ellsäcker**, Berlin, am 23.01.1953
 Herr Dr. med. **Alfred Röhl**, Neckartenzlingen, am 23.01.1953
 Herr **Edmund Duck**, Gotha, am 23.01.1953
 Frau Dr. med. **Renate Masuch**, Elmenhorst/Lichtenhagen, am 24.01.1953
 Herr Dr. med. **Stephan Waltz**, Köln, am 24.01.1953
 Herr Dr. med. **Klaus Heemann**, Herne, am 26.01.1953
 Frau Dr. med. **Carola Schreyer-Römeth**, Diedorf, am 27.01.1953
 Frau Dipl.-Psych. **Jutta Bosse-Jestädt**, Berlin, am 28.01.1953
 Herr Dr. med. **Stephan Völger**, Berlin, am 28.01.1953
 Herr **Wolfgang Gebauer**, Aachen, am 30.01.1953

70. Geburtstag

Frau Dr. med. **Sigrid Bullinger**, Münster, am 01.01.1948
 Herr **Klaus-Dieter Theobald**, Mainz, am 04.01.1948
 Frau Dr. med. **Ines Osten-Sacken**, Eckental, am 04.01.1948
 Frau Dr. med. **Dorothee Walter**, Dreieich, am 09.01.1948
 Frau Dipl.-Med. **Ingrid Beck**, Bitterfeld-Wolfen, am 11.01.1948
 Frau **Hannelore Christen**, Eisenach, am 12.01.1948
 Frau Dr. med. **Yvonne Mattern-Krafczyk**, Ludwigshafen, am 13.01.1948
 Frau Dr. med. **Dagmar Brandi**, Hamburg, am 13.01.1948
 Herr Dott. **Abdula Wahab Sami**, Herzberg, am 14.01.1948
 Frau **Renate Zorn-Werner**, Gaggenau, am 17.01.1948
 Herr **Wolfgang Reißig**, Ellerau, am 26.01.1948
 Frau Dipl.-Med. **Renate Trummler**, Windischleuba, am 27.01.1948
 Herr Dr. med. **Olaf H. Richter**, Butzbach, am 31.01.1948

75. Geburtstag

Herr Dr. med. **Helmut Schöpfer**, Espelkamp, am 02.01.1943
 Frau Dr. med. **Ingrid Schwerdtfeger**, Münster, am 03.01.1943
 Frau Dr. med. **Ingrid Krause**, Oelsnitz, am 04.01.1943
 Herr Dr. med. **Rolf-Rainer Daube**, Berlin, am 04.01.1943
 Frau Dr. med. **Dolores Schurath**, Dresden, am 06.01.1943
 Frau Dr. med. **Gudrun Vermehren**, Berlin, am 16.01.1943
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. **Hubertus von Voß**, München, am 17.01.1943
 Herr Dr. med. **Manfred Pieringer**, Regensburg, am 17.01.1943
 Frau Dr. med. **Ursula Kaufmann**, Wetzlar, am 19.01.1943
 Herr Prof. Dr. med. **Hanns Jörg Bachmann**, Achim, am 22.01.1943
 Frau Dr. med. **Katharina Gal**, Stockelsdorf, am 23.01.1943
 Herr Dr. med. **Tilo von Monkiewitsch**, Schopfheim, am 26.01.1943
 Frau **Helgard Mantow**, Oberrotterbach, am 27.01.1943

80. Geburtstag und älter

Herr Dr. med. **Bernd v. Landwüst**, Leverkusen, am 01.01.1937
 Frau Dr. med. **Ruth Hackel**, Bad Nauheim, am 01.01.1932
 Herr Prof. Dr. med. **Jürgen Spranger**, Sinzheim, am 01.01.1931
 Frau MR Dr. med. **Ruth Schnürer**, Berlin, am 01.01.1929
 Herr MR Dr. med. **Helmut Hettmer**, Torgau, am 02.01.1930
 Frau Dr. med. **Christa Umlauf**, Detern am 04.01.1936
 Herr Dr. med. **Harald Hückstädt**, Hamburg, am 05.01.1932
 Herr Dr. med. **Franz Deilmann**, Berlin, am 06.01.1937
 Herr Dr. med. **Anton Leonards**, Aachen, am 06.01.1938
 Frau Dr. med. **Barbara Forsch**, Bergisch Gladbach, am 07.01.1936
 Frau Dr. med. **Elisabeth Prechtel**, Egloffstein, am 07.01.1924
 Frau MR Dr. med. **Roswitha Schingnitz**, Lübben, am 07.01.1935
 Herr Dr. med. **Anton Oster**, Köln, am 09.01.1929
 Herr Dr. med. **Werner Rulf**, Münster, am 10.01.1938
 Frau Dr. med. **Barbara Tiemann-Hebsaker**, Frankfurt, am 10.01.1915
 Herr Dr. med. **Harald Dönch**, Haltern, am 13.01.1936
 Frau Dr. med. **Ingeborg Baßler**, Ladenburg, am 15.01.1934
 Frau Dr. med. **Alena Pick**, Erkrath, am 15.01.1938
 Frau Dr. med. **Wilma Bockelmann**, Schorndorf, am 15.01.1935
 Herr Dr. med. **Peter Bonfils**, Lengerich, am 16.01.1937
 Frau Dr. med. **Christa Leiber-Willemsen**, Krefeld, am 16.01.1936
 Herr Dr. med. **Thomas Kandler**, Nürnberg, am 18.01.1936
 Frau Prof. Dr. med. **Ingeborg Brandt**, Königswinter, am 19.01.1931
 Frau Dr. med. **Helena Reich**, Baden-Baden, am 19.01.1932
 Herr Dr. med. **Peter Scharfe**, Dresden, am 20.01.1934
 Herr Dr. med. **Eberhardt Krüger**, Schönwalde, am 20.01.1935
 Herr Prof. Dr. med. **Wolf Berg**, Rotenburg, am 21.01.1928
 Frau MR **Sigrid Allmert**, Berlin, am 21.01.1936
 Herr Dr. med. **Udo Foethke**, Eschwege, am 22.01.1938
 Herr Dr. med. **Hans-Joachim Wagner**, Siegen, am 23.01.1935
 Herr Dr. med. **Hans Ludger Heidtmann**, Hildesheim, am 25.01.1932
 Frau Dr. med. **Gisela Lottermoser**, Ismaning, am 25.01.1937
 Frau Dr. med. **Irene Seltsam**, Gemünden, am 25.01.1932
 Frau SR **Sieglinde Todtenhaupt**, Sömmerda, am 25.01.1935
 Herr Prof. Dr. med. **Bodo-Knut Jüngst**, Mainz, am 26.01.1935
 Frau MR **Brigitte Karge**, Finsterwalde, am 26.01.1935
 Herr Dr. med. **Otto Zinsser**, Herbolzheim, am 26.01.1935
 Frau Dr. med. **Maria E. Gertkemper**, Detmold, am 28.01.1925
 Herr Dr. med. **Wolfgang Pfitzner**, Bocholt, am 28.01.1938
 Herr Dr. med. **Claus Ramge**, Dortmund, am 28.01.1936
 Frau Dr. med. **Gisela Stanescu**, Hundsangen, am 28.01.1937
 Herr Dr. med. **Reiner Thieme**, Marienberg, am 28.01.1937
 Herr Prof. Dr. med. habil. **Joachim Oppermann**, Halle, am 28.01.1936

Geburtstage im Februar 2018

65. Geburtstag

Frau Dr. med. **Brigitte Dietz**, Taufkirchen, am 02.02.1953
 Frau **Karin Paschke**, Münster, am 03.02.1953
 Herr Dr. med. **Cengiz Karatay**, Aachen, am 07.02.1953
 Frau Dipl.-Med. **Barbara Hecht**, Merseburg, am 07.02.1953
 Frau Dr. med. **Lani Soei**, Oberhausen, am 07.02.1953
 Herr Dott. **Konstantinos Savvidis**, Berlin, am 11.02.1953
 Herr Dr. med. **Klaus-D. Bareiter**, Hackenheim, am 11.02.1953
 Herr Dr. med. **Thomas Tüschen**, Bingen, am 14.02.1953
 Herr Dr. med. **Wolfgang Engelhardt**, Aachen, am 15.02.1953
 Frau Dr. med. **Ute Finschow**, Prenzlau, am 18.02.1953
 Herr Prof. Dr. med. **Friedrich Karl Tegtmeyer**, Kassel, am 20.02.1953
 Frau Dipl.-Med. **Gerlinde Preuß**, Selow, am 21.02.1953

Frau Dr. med. **Beate Meinecke**, Braunschweig, am 22.02.1953
 Herr **Gerhard Bertuch**, Wöllstein, am 23.02.1953
 Frau Dr. med. **Ingrid Tewes-Holtvoeth**, Dortmund, am 23.02.1953
 Herr Dr. med. **Just Lauer**, Solingen, am 26.02.1953
 Herr Dr. med. **Rainer Bless**, Mannheim, am 27.02.1953

70. Geburtstag

Frau Dr. med. **Birgit Naumann**, Schlangen, am 03.02.1948
 Herr Dr. med. **Wolfgang Menzel**, Wilhelmshaven, am 07.02.1948
 Frau **Mechthild Harder**, Bochum, am 07.02.1948
 Herr Dr. med. **Sobhi Mahdi**, Lübeck, am 12.02.1948
 Herr Dr. med. **Michael Rochel**, Königstein, am 23.02.1948
 Herr **Georg J. Witte**, Bad Hersfeld, am 28.02.1948

75. Geburtstag

Herr Dr. med. **Dirk Onken**, Wendisch Evern, am 02.02.1943
 Frau MR Dr. med. **Brunhilde Hebenstreit**, Bad Klosterlausnitz, am 06.02.1943
 Herr Dr. med. **Hartmut Schairer**, Mallerys-Pfaffenberg, am 09.02.1943
 Frau Dr. med. **Brigitte Knappik**, Wolgast, am 10.02.1943
 Herr Dr. med. **Karl-Heinz Laakmann**, Krefeld, am 12.02.1943
 Herr Prof. Dr. med. **Wolf D. Görke**, Kalbe, am 12.02.1943
 Herr Prof. Dr. med. **Klaus-Eugen Bonzel**, Essen, am 12.02.1943
 Frau Dr. med. **Ingrid Köhnlein**, Schorndorf, am 16.02.1943
 Frau Dr. med. **Karin Aust**, Leipzig, am 18.02.1943
 Frau Dr. med. **Renate Schüssler**, Berlin, am 22.02.1943
 Herr Dr. med. **Walter Heusel**, Goslar, am 25.02.1943
 Frau **Gisela Axthelm**, Sangerhausen, am 27.02.1943

80. Geburtstag und älter

Herr Dr. med. **Peter Pott**, Leverkusen, am 02.02.1938
 Frau Dr. med. (B) **Marieta Constandache**, Aachen, am 02.02.1926
 Frau Med.Dir.Dr. med. **Ingeborg Otto**, Hagen, am 02.02.1920
 Herr Dr. med. **Anton Mössmer**, Landshut, am 03.02.1925
 Frau SR **Irmgard Matthes**, Berlin, am 04.02.1938
 Herr Dr. med. **Helmut Volkers**, Bremen, am 05.02.1933
 Frau Dr. med. **Pari Seyyedi**, Schlangenbad, am 05.02.1936
 Frau Dr. med. **Ruth Hanna Tron**, Ettlingen, am 06.02.1922

Herr SR Dr. med. **Ludwig Herzfeld**, Halle, am 06.02.1931
 Frau SR Dr. med. **Felicitas Kühne**, Magdeburg, am 06.02.1931
 Frau Dr. med. **Barbara Borkowsky-Fehr**, Weiden, am 07.02.1922
 Herr Dr. med. **Dietrich Mueller**, Hagen, am 07.02.1931
 Frau Dr. med. **Marianne Haas**, Mannheim, am 07.02.1932
 Herr Dr. med. **Adolf Wagener**, Coesfeld, am 08.02.1935
 Herr MR Dr. med. **Peter Hein**, Potsdam, am 09.02.1933
 Herr Dr. med. **Oskar Felkel**, München, am 12.02.1927
 Herr Dr. med. **Hans-Werner Waldmann**, Höxter, am 14.02.1937
 Frau Dr. med. **Jutta Spieß**, Braunschweig, am 15.02.1931
 Herr Dr. med. **Heinrich Beckmann**, Hildesheim, am 17.02.1937
 Herr MR Dr. med. **Nikolaus Kleinau**, Rostock, am 17.02.1932
 Frau Dr. med. **Brigitte Frieling**, Arnsberg, am 17.02.1935
 Herr Dr. med. **Harald Stefan**, Neckargemünd, am 17.02.1937
 Frau Dr. med. **Erika Schröder-Habeth**, München, am 18.02.1926
 Herr Dr. med. **Zuhair Allouni**, Bremen, am 19.02.1936
 Herr Prof. Dr. med. **Hans Jacobi**, Freiburg, am 19.02.1934
 Herr **Heinrich Hundt**, Berlin, am 19.02.1935
 Herr Dr. med. **Klaus Passian**, Gronau, am 19.02.1934
 Frau Dr. med. **Gisela Grön**, Berlin, am 19.02.1938
 Frau Dr. med. **Elisabeth-Charlotte Garmann**, Sonthofen, am 20.02.1927
 Frau Dr. med. **Roswitha Mensing**, Köln, am 20.02.1938
 Frau Dr. med. **Gertraud Hahn**, Kulmbach, am 20.02.1938
 Herr Dr. med. **Friedrich Voß**, Berlin, am 20.02.1932
 Herr Dr. med. **Eberhard König**, Pinneberg, am 20.02.1930
 Frau Dr. med. **Paula Linzenmeier**, Edingen-Neckarhausen, am 21.02.1938
 Frau Dr. med. **Rosemarie Bucke**, Hamburg, am 23.02.1936
 Frau Dr. med. **Luise Bangert**, Esens, am 24.02.1935
 Herr Dr. med. **Claus Prüfer**, Mainz, am 24.02.1935
 Frau Dr. med. **Hildegard Boland**, Essen, am 26.02.1932
 Frau Dr. med. **Maria Grips**, Willich, am 26.02.1934
 Herr Dr. med. **Detlev Eggert**, Odenthal, am 27.02.1936
 Herr Dr. med. **Reinhart Nollert**, Bremerhaven, am 27.02.1938
 Frau Dr. med. **Helene I. Metzger**, Erkrath, am 28.02.1928

Wir trauern um:

Barbara Aring, Remscheid

Im Monat Oktober durften wir 55 neue Mitglieder begrüßen.

Inzwischen haben uns folgende Mitglieder die Genehmigung erteilt, sie auch öffentlich in der Verbandszeitschrift willkommen zu heißen.



Baden-Württemberg

Herrn Prof. Dr. med.
David Martin



Bayern

Herrn Dr. med.
Simon Abendroth
Herrn **Clemens Fuhrbach**
Herrn Dr. med.
Axel Quattländer
Frau **Ute Sterzik**



Berlin

Herrn **Julian Peters**
Frau **Nina Trapp**
Frau **Lena Manon Völklein**



Hamburg

Herrn **Florian Fließ**
Frau **Marie Häußler**
Herrn Dr. med.
Martin Köhrer
Frau Dr. med. **Carola Meissner**



Hessen

Frau **Mareile Wilsch**



Niedersachsen

Frau **Manuela Fastje**



Nordrhein

Herrn **Abdul Rahman Allouch**

Herrn Dr. med.
Wolfgang Biskup
Frau **Laura Vanessa Idelberger**
Herrn Dr. med.
Matthias Wisbauer



Rheinland-Pfalz

Herrn **Markus Knüppel**



Westfalen-Lippe

Frau Dr. med. **Dorothee Piest**
Frau **Encarna Valero Burox**

Mitteilungen aus dem Verband

Fortbildungstermine

Programme und Anmeldeformulare finden Sie immer aktuell unter: www.bvkj.de/kongresse

17. Januar 2018

42. traditionelle Winterveranstaltung in Bielefeld

Anmeldung per Fax: 05241/20864

Auskunft: Dr. Frank-Peter Drobnitzky, Gütersloh

15.-18. Februar 2018

Päd-Ass 2018 15. Assistentenkongress des BVKJ in Hamburg

Leitung: Prof. Dr. Ronald G. Schmid

Auskunft: ⑤

10. März 2018

27. Pädiatrie zum Anfassen in Rostock des BVKJ LV Mecklenburg-Vorpommern

Leitung: Dr. A. Michel Greifswald/St. Büchner, Güstrow

Auskunft: ①

17. März 2018

16. Pädiatrie á la carte des LV Westfalen-Lippe

Leitung: Dr. Burkhard Lawrenz, Dr. Marcus Heidemann

Auskunft: ④

13.-15. April 2018

24. Kongress für Jugendmedizin in Weimar

Leitung: Dr. Uwe Büsching, Bielefeld

Auskunft: ⑤

21. April 2018

41. Pädiatref 2018 in Düsseldorf des BVKJ LV Nordrhein

Leitung: Dr. Herbert Schade, Mechernich/

Dr. Andreas Weckelmann, Mülheim a.d.R.

Auskunft: ④

und

10. Kongress PRAXISfieber-regio für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen

Leitung: Christiane Thiele, Viersen/Dr. Herbert Schade, Mechernich

Auskunft: ④

5. Mai 2018

31. Pädiatrie zum Anfassen in Worms des BVKJ LV Rheinland-Pfalz und Saarland

Leitung: Prof. Dr. Heino Skopnik, Worms

Auskunft: ①

1.-2. Juni 2018

28. Pädiatrie zum Anfassen in Erfurt des BVKJ LV Thüringen

Leitung: N.N.

Auskunft: ①

22.-24. Juni 2018

48. Kinder- und Jugendärztetag Jahrestagung des BVKJ e.V. in Berlin

Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden

Auskunft: ⑤

und

13. PRAXISfieber-live Kongress für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen in Berlin

Leitung: Dr. Michael Mühlshlegel, Lauffen

Auskunft: ⑤

13.-14. Juli 2018

Pädiatrie zum Anfassen in Offenburg des BVKJ LV Baden-Württemberg

Leitung: Dr. Christof Wettach/Dr. Andreas Bruch/

Dr. Markus Wössner

Auskunft: ③

25. August 2018

Jahrestagung des LV Sachsen in Dresden

Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul

Auskunft: ①

1.-2. September 2018

22. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck

Leitung: Dr. Stefan Trapp, Bremen/Dr. Stefan Renz, Hamburg/

Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe/Dr. Volker Dittmar, Celle

Auskunft: ②

5. September 2018

Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern in Rostock

Leitung: Dr. A. Michel, Greifswald

Auskunft: ①

11.-14. Oktober 2018

46. Herbst-Seminar-Kongress des BVKJ in Bad Orb

Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden

Auskunft: ⑤

3. November 2018

Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt in Magdeburg

Leitung Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben

Auskunft: ①

3. November 2018

bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen in Verden/Aller

Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham/

Dr. Ulrike Gitmans, Rhauderfehn

Auskunft: ③

① **CCJ GmbH**

Tel.: 0381-8003980, Fax: 0381-8003988, cej.hamburg@t-online.de
oder Tel.: 040-7213053, cej.rostock@t-online.de

② **Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck**

Tel.: 0451-7031-205, Fax: 0451-7031-214
kongresse@schmidt-roemhild.com

③ **DI-TEXT**

Tel.: 04736-102534, Fax: 04736-102536
Digel.F@t-online.de

④ **Interface GmbH & Co. KG**

Tel.: 09321-3907300, Fax: 09321-3907399
info@interface-congress.de

⑤ **Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.**

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln, Tel.: 0221-68909-26,
Fax: 0221-68909-78, bvkj.kongress@uminfo.de

Der neue tetravalente Grippeimpfstoff Vaxigrip Tetra® von Sanofi steht bereit

Vaxigrip Tetra® bietet einen breiteren Impfschutz für Erwachsene und Kinder ab 3 Jahren in der bevorstehenden Grippesaison // Sanofi Pasteur liefert seit September seinen neuen tetravalenten Grippeimpfstoff Vaxigrip Tetra® in Deutschland aus. Die gesamte Impfstoffmenge für die kommende Grippesaison 2017/18 ist bereits vom Paul-Ehrlich-Institut freigegeben.

Tetravalente Grippeimpfstoffe bieten momentan den breitesten Grippeimpfschutz, da neben den beiden Influenzavirus A-Stämmen beide ko-zirkulierenden Influenzavirus Typ B-Linien enthalten sind. Damit sind alle Geimpften bestmöglich vor der Grippeinfektion geschützt. Vaxigrip Tetra® ist als Fertigspritze in 1er und 10er Packungen lieferbar.

Im Juli 2016 hat Vaxigrip Tetra® die Marktzulassung in der Europäischen Union erhalten. Die Grippesaison 2017/18 auf der Nordhalbkugel ist die erste, in der Vaxigrip Tetra® zur Verfügung steht. „Durch die Bereitstellung von Vaxigrip Tetra® für die Bevölkerung aus 24 Ländern in diesem Jahr – und weiteren demnächst – bieten wir einen breiteren Schutz für Erwachsene und Kinder ab 3 Jahren gegen Grippe und ihre potenziell lebensbedrohlichen Komplikationen.“ stellt Dr. Stephan Barth, General Manager Sanofi Pasteur Deutschland, fest. In den nächsten Jahren wird Sanofi sein Grippeimpfstoff-Portfolio vollständig von trivalent auf tetravalent verlagern.

Über tetravalente Grippeimpfstoffe

Derzeit sind die meisten saisonalen Grippeimpfstoffe trivalent, was bedeutet, dass sie vor drei Subtypen des Influenzavirus schützen: zwei A-Stämme und eine einzige B-Linie (B/Victoria oder B/Yamagata). Allerdings wurde über die jüngsten Grippesaisonen hinweg durchwegs eine Ko-Zirkulation beider B-Linien beobachtet. Das macht es für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schwierig, eine B-Linie, die in trivalenten Grippeimpfstoffen verwendet werden soll, zu empfehlen. Beispielsweise wurden im Jahr 2015 in Europa 92 Prozent der dokumentierten Influenzavirus Typ B Grippeerkrankungen durch die B/Victoria-Linie verursacht, die nicht in den trivalenten Grippeimpfstoffen enthalten war¹.

Da Vaxigrip Tetra® beide ko-zirkulierende B-Linien enthält, wird das Risiko einer unzutreffenden Vorhersage der dominant zirkulierenden B-Linie reduziert und der Schutz gegen Influenza verbreitert.

Sanofi Pasteur unterstützt Grippeimpfschutzprogramme und engagiert sich für die Entwicklung von Impfstoff-Lösungen passend zur Epidemiologie der Grippe.

Die WHO schließt tetravalente Grippeimpfstoffe in ihre Empfehlungen ein, mit dem Kommentar „Tetravalente Grippeimpfstoffe, die möglicherweise einen größeren Schutz gegen Influenza-B-Viren bieten können, werden verfügbar sein und Empfehlungen sollten sich nicht auf trivalente Grippeimpfstoffe beschränken.“ Aus Sicht des öffentlichen Gesundheitswesens hätte die Verwendung von tetravalenten statt trivalenten Grippeimpfstoffen zu einer weiteren Reduzierung von bis zu 1,6 Millionen Grippeerkrankungen, 37.300 Krankenhausaufenthalten bedingt durch Grippe und 14.800 Todesfällen in Zusammenhang mit Grippe in der EU in einem Jahrzehnt führen können.²

Über Vaxigrip Tetra®

Vaxigrip Tetra® ist ein Grippeimpfstoff mit vier Influenzavirus-Subtypen, der – wie von der WHO empfohlen – zwei A-Stämme (A/H1N1 und A/H3N2) und zwei B-Linien (B/Victoria und B/Yamagata) des Grippevirus³ enthält. Vaxigrip Tetra® ist die neueste Ergänzung im Portfolio der Grippeimpfstoffe, die in Val de Reuil, Frankreich, von Sanofi Pasteur hergestellt wird.

Über Grippe

Saisonale Influenza oder Grippe ist eine akute durch Influenzaviren hervorgerufene Virusinfektion, die leicht von Mensch zu Mensch übertragen werden und das ganze Jahr über weltweit zirkulieren. Eine un-

komplizierte Grippeinfektion wird durch plötzlich auftretendes Fieber, Husten (meist trocken), Kopfschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, schweres Unwohlsein, Halsschmerzen und eine laufende Nase begleitet. Die meisten Menschen erholen sich von Fieber und anderen Symptomen innerhalb einer Woche, aber der Husten kann zwei oder mehr Wochen bestehen bleiben.

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden die jährlichen globalen Grippe-Infektionsraten auf 5-10 % bei Erwachsenen und 20-30 % bei Kindern geschätzt.³ Grippe ist ein ernstes Problem des öffentlichen Gesundheitswesens, das schwere Erkrankungen, Krankenhausaufenthalt und Tod vor allem bei Hochrisikogruppen (sehr junge, ältere oder chronisch kranke Menschen) verursacht. Weltweit führen jährliche Grippeepidemien zu drei bis fünf Millionen schweren Erkrankungen und 250.000 bis 500.000 Todesfällen.⁴ In Deutschland infizieren sich pro Jahr etwa 5-20 % der Bevölkerung.⁵

Quellen:

1. ECDC. ECDC Surveillance Report. Influenza Virus Characterisation. September 2016. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/influenza-virus-characterisation-september-2016.pdf>
2. Uhart M, et al. Public health and economic impact of seasonal influenza vaccination with quadrivalent influenza vaccines compared to trivalent influenza vaccines in Europe. *Hum Vaccin Immunother.* 2016 11:1-10.
3. WHO. Weekly epidemiological record - Vaccines against influenza WHO position paper, 87, No. 47 p461-476. November 23, 2012. Available at: <http://www.who.int/wer/2012/wer8747/en/>
4. WHO Influenza Factsheet: Influenza (Seasonal). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/>
5. RKI. RKI-Ratgeber für Ärzte: Influenza (Teil 1): Erkrankungen durch saisonale Influenzaviren. 2016. www.rki.de/DE/Content/Infekt/Epid-Bull/Merkblaetter/Ratgeber_Influenza_saisonal.html

Nach Informationen von Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Frankfurt

Kindermilch kann zu verbesserter Vitamin-D-Versorgung beitragen

Neue Studiendaten // Etwa jedes fünfte Kleinkind in Westeuropa weist eine unzureichende Vitamin-D-Versorgung auf.¹ Kann nicht ausreichend Vitamin D durch Sonnenbestrahlung gebildet oder durch eine ausgewogene Ernährung aufgenommen werden, empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) die Gabe von Vitamin-D-Präparaten, um den Bedarf zu decken.² Die Ergebnisse einer aktuellen, in Deutschland, Großbritannien und den Niederlanden durchgeführten Studie von Akkermans et al. (2017) zeigen, dass mit Nährstoffen angereicherte Kindermilch einen Beitrag zur Verbesserung der Vitamin-D-Versorgung von Kleinkindern leisten kann. Die Wahrscheinlichkeit eines Vitamin-D-Mangels konnte im Vergleich zur Kontrollgruppe durch die Gabe von Kindermilch um 78 % verringert werden. Ebenso wurden positive Auswirkungen auf den Eisenstatus festgestellt.³

Insgesamt nahmen 318 Kinder im Alter von 12 bis 36 Monaten, von denen über 80 % aus Deutschland stammten, an der Studie teil. Die 3-Länder-Studie war randomisiert, doppelblind und kontrolliert. Während die Testgruppe (n=158) nährstoffangereicherte Kindermilch erhielt, nahm die Kontrollgruppe (n=160) nicht angereicherte Kuhmilch zu sich. Empfohlen wurde ein Konsum von mindestens 150 ml/Tag. Der Beobachtungszeitraum betrug insgesamt 20 Wochen, zu Beginn und am Ende wurde der Vitamin-D- und Eisen-Status durch eine Blutprobe ermittelt. Grundsätzlich wurde ein Mangel für die 25-OHD-Serumkonzentration <50 nmol/l (= 20 ng/ml) definiert, die gemäß DGE der Untergrenze der gewünschten Versorgung entspricht.

Kindermilch senkt Wahrscheinlichkeit für Vitamin-D-Mangel signifikant

Während die Testgruppe eine angereicherte Kindermilch mit 1,7 µg (= 68 IE) Vitamin D und 1,2 mg Eisen/100 ml erhielt, waren im Kontrollprodukt kein Vitamin D und lediglich 0,02 mg Eisen/100 ml enthalten. Der Unterschied in der Vitamin D-Versorgung zwischen beiden Behandlungsgruppen im Vergleich zum Ausgangswert betrug 16,4 nmol/l (95 % KI: 9,5, 21,4 nmol/l; p < 0,001). Vor Studienbeginn wurde bei 25,3 % der Kinder in der Kindermilch-Gruppe ein Vitamin-D-Mangel festgestellt. Nach 20-wöchiger Studienteilnahme verringerte sich die

Prävalenz auf 13,5 %. In der Kontrollgruppe stieg der Anteil der von einem Vitamin-D-Mangel betroffenen Kinder hingegen von 21,9 % auf 33,3 %.

Damit war die Wahrscheinlichkeit für einen Vitamin-D-Mangel in der Kindermilch-Gruppe um 78 % geringer als in der Kontrollgruppe (OR: 0,22; 95 % KI: 0,01, 0,51; p < 0,001). Die Wahrscheinlichkeit eines Eisenmangels war für Kinder, die Kindermilch zu sich nahmen, um 58 % geringer als in der Kontrollgruppe (OR: 0,42; 95 % KI: 0,18, 0,95; p = 0,036).

Kindermilchen erleichtern Vitamin-D-Supplementierung

Auch die Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) misst dem Thema Kindermilch Bedeutung bei. Sie beschreibt in einer aktuellen Stellungnahme aus dem April diesen Jahres, dass Kindermilchen eine Möglichkeit zur Verbesserung der Nährstoffversorgung darstellen.⁴ In diesem Zusammenhang hat sie zudem aktualisierte Empfehlungen entwickelt, die den speziellen Nährstoffbedarf von Kindern in der Altersstufe von ein bis drei Jahren berücksichtigen.

Die aktuelle Studie von Akkermans et al. (2017) zeigt, dass nährstoffangereicherte Kindermilch zu einer verbesserten Vitamin-D-Versorgung beitragen kann, vor allem da die Aufnahme von Vitamin D durch Kindermilch im Alltag besonders einfach umsetzbar ist. Sie ergänzt bereits vorhandene Studiendaten, die zei-

gen, dass sich nährstoffangereicherte Lebensmittel wie zum Beispiel Brot, Milch oder Margarine positiv auf den Vitamin-D-Spiegel von Kindern auswirken können.⁵⁻⁷

Quellen:

1. Akkermans MD, et al. (2016) Iron and Vitamin D Deficiency in Healthy Young Children in Western-Europe Despite Current Nutritional Recommendations. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 62(4):635-642.
2. Deutsche Gesellschaft für Ernährung. Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr Vitamin D. Zugriff am 19. April 2017, <https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/vitamin-d/>.
3. Akkermans MD, et al. (2017) A micronutrient-fortified young-child formula improves the iron and vitamin D status of healthy young European children: a randomized, double-blind controlled trial. *Am J Clin Nutr* 2017 Feb;105(2):391-399.
4. Koletzko B, et al. (2017) Folgenahrung für Kleinkinder im Alter von 1-3 Jahren (sog. Kindermilchgetränke) Stellungnahme der Ernährungskommission der DGKJ (Aktual. April 2017). *Monatsschr. Kinderheilkd DOI* 10.1007/s00112-017-0311-3.
5. Houghton LA, et al. Vitamin D-fortified milk achieves the targeted serum 25-hydroxyvitamin D concentration without affecting that of parathyroid hormone in New Zealand toddlers. *J Nutr* 2011;141:1840-6.
6. Madsen KH, et al. Randomized controlled trial of the effects of vitamin D-fortified milk and bread on serum 25-hydroxyvitamin D concentrations in families in Denmark during winter: the VitmaD study. *Am J Clin Nutr* 2013;98:374-82.
7. Piirainen T, Laitinen K, Isolauri E. Impact of national fortification of fluid milks and margarines with vitamin D on dietary intake and serum 25-hydroxyvitamin D concentration in 4-year-old children. *Eur J Clin Nutr* 2007;61:123-8.

Nach Informationen von Milupa Nutricia GmbH, Bad Homburg

Trumenba®: Neue Impfung gegen Meningokokken-B-Erkrankungen bei Jugendlichen und Erwachsenen

Impfprävention gegen Meningokokken-Erkrankungen nicht nur für Kleinkinder wichtig // „Jugendliche und junge Erwachsene stellen einen erheblichen Teil der Krankheitsfälle von invasiven Meningokokken-Erkrankungen (IME) dar und spielen möglicherweise eine Schlüsselrolle bei der Übertragung der Erreger“, erklärte Prof. Dr. Tino Schwarz, Chefarzt des Zentrallabors und Impfzentrums des Klinikums Würzburg Mitte, Standort Juliusospital, im Rahmen einer Fachpressekonferenz auf der 113. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ). In Deutschland sind Meningokokken der Serogruppe B (MenB) mit rund 60 % aller IME für die Mehrheit der Krankheitsfälle verantwortlich (Stand 2016).¹ Seit August bietet der neue Meningokokken-B-Impfstoff Trumenba® für Jugendliche ab 10 Jahren und Erwachsene jeder Altersgruppe eine wichtige Ergänzung in der Impfprophylaxe. Die Vakzine ist zur aktiven Immunisierung von Personen ab 10 Jahren gegen invasive Meningokokken-Erkrankungen, verursacht durch Neisseria meningitidis der Serogruppe B, zugelassen.² Trumenba® ist der einzige zugelassene Impfstoff gegen MenB, der Varianten beider Unterfamilien (A und B) des Proteins fHbp enthält.

Die breite Expression auf vielen MenB-Stämmen, die wichtige Rolle des Antigens für den Schutz des Bakteriums vor dem menschlichen Immunsystem sowie die Immunogenität von fHbp machen dieses Oberflächenprotein zu einem geeigneten Impfstoff-Kandidaten“, so Prof. Dr. Markus Knuf, Direktor der Klinik für Kinder und Jugendliche der Wiesbadener HELIOS Kliniken. fHbp ist auf der Oberfläche von über 96 % der invasiven MenB-Stämme in Europa zu finden und ein wichtiger Virulenzfaktor der Bakterien.² Das Studienprogramm zu Trumenba® umfasste elf Studien, in denen mehr als 15.000 Probanden mit Trumenba® geimpft wurden.² Die Impfantwort wurde hierbei gegen Stämme untersucht, die zusammengekommen die Meningokokken-Stämme der Serogruppe B repräsentieren, die eine invasive Erkrankung verursachen. In einer Langzeitstudie waren bakterizide Antikörper bis zu vier Jahre nach einer Grundimmunisierung untersucht worden und die Immunantwort erwies sich als auffrischbar.²

Die Grundimmunisierung mit Trumenba® kann mit zwei oder drei Dosen erfolgen. Die Verträglichkeit des Impfstoffs wurde im Rahmen klinischer Studien untersucht und bestätigt. Die häufigsten beobachteten Nebenwirkungen waren Rötungen, Schwellungen und Schmerzen an der Injektionsstelle, Kopfschmerzen und Müdigkeit.²

Zweiter Inzidenzspitzen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen findet sich neben Säuglingen und Kleinkindern ein zweiter Inzidenzspitzen für diese Infektionskrankheit.¹ Studien legen nahe, dass das typische Sozialverhalten Jugendlicher, wie z.B. enge soziale Kontakte, das Teilen von Getränken sowie häufiges Reisen die Trägerschaft der Krankheitserreger erhöht.³

Die Mannheimerin Susanne Schwenger hat die Auswirkungen einer Infektion am eigenen Leib erfahren, als sie mit Mitte 20 an einer Meningokokken-Meningitis und Sepsis erkrankte. Nach ersten Symptomen in der Nacht stieg das Fieber innerhalb weniger Stunden auf über 40°C. Als sie in die Notaufnahme gebracht wurde, war sie kaum noch ansprechbar. Eine Woche lag sie daraufhin im Koma. „Die Ärzte waren nicht sicher, ob ich wieder aufwachen würde“, erinnerte sich Susanne Schwenger an Berichte ihres Mannes. Nachwirkungen der Erkrankung wie z.B. Kopfschmerzen und eine erhöhte Anfälligkeit für Infektionen spürt sie, rund zehn Jahre später, aber noch immer.

Trumenba®-Erstattung gemäß STIKO-Empfehlung sowie bei vielen Krankenkassen als zusätzliche Leistung

Die ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfiehlt die Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe B für bestimmte Personengruppen, auf Empfehlung der Gesundheitsbehörden und für Schüler/Studenten vor Langzeitaufenthalten in Ländern mit empfohlener Impfung.⁴ Die Kosten werden für alle von der STIKO empfohlenen Gruppen erstattet.⁵ Viele Krankenkassen bieten darüber hinaus eine Erstattung als zusätzliche Leistung für ihre Versicherten an (z.B. im Rahmen von Reiseschutzimpfungen oder für Jugendliche). Die Bedingungen der Rückerstattung variieren je nach Krankenkasse. Patienten sollten sich daher bei ihren Krankenkassen informieren, ob die Erstattung von Trumenba® übernommen wird.

Quellen:

1. RKI, Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten 2016, 2017.
2. Fachinformation Trumenba®, Stand: Mai 2017.
3. Poland, GA. Prevention of Meningococcal Disease: Current use of Polysaccharide and Conjugate Vaccines Clinical infectious diseases. 2010; 50 Suppl 2:45-53.
4. Ständige Impfkommission (STIKO): Mitteilung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI. Epid Bull. 2017; 34:333-380.
5. Schutzimpfungs-Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss, Stand: 20. Mai 2017. <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/60/>.

Nach Informationen von Pfizer Deutschland GmbH, Berlin

Weil jeder Tag zählt: Duchenne-Patienten rechtzeitig finden

Seltene Erkrankung Duchenne Muskeldystrophie // Entscheidend für den Erkrankungsverlauf und die Prognose der Duchenne Muskeldystrophie ist der frühzeitige Beginn von Behandlungsmaßnahmen. Dies setzt eine rechtzeitige Diagnose voraus. Hierbei wird oft Zeit verloren. Bei der Beschleunigung der Diagnosestellung können niedergelassene Pädiater durch Orientierung an drei konkreten Handlungsschritten entscheidend mithelfen: 1. die unspezifischen (frühen) Symptome erkennen, 2. bei klinischem Anfangsverdacht den Kreatinkinase (CK)-Wert im Serum bestimmen und 3. bei hohen CK-Werten Patienten an ein Muskelzentrum zur gendiagnostischen Bestätigung überweisen. Dies ist das Fazit der Experten eines Symposiums, das im Rahmen des Kongresses für Kinder- und Jugendmedizin 2017 stattfand.

Die Duchenne Muskeldystrophie (DMD) ist eine seltene, X-chromosomal rezessiv vererbte Erkrankung, die durch eine progrediente Muskeldystrophie und -atrophie ab dem frühen Kindesalter gekennzeichnet ist^{1,2,3}. Die DMD betrifft fast ausschließlich Jungen. Patienten verlieren in der Regel im frühen Teenageralter ihr Gehvermögen, benötigen im späten Teenageralter Beatmungsunterstützung und versterben im durchschnittlich dritten Lebensjahrzehnt meist an Lungen- und Herzversagen.

Klinische Zeichen rechtzeitig erkennen

Die Seltenheit der Erkrankung macht die Diagnose in der Praxis zu einer Herausforderung: „Der erste Arztkontakt findet üblicherweise beim niedergelassenen Haus- oder Kinderarzt statt und nicht beim neuropädiatrischen Spezialisten. Und beim ersten Kind wird oft zum Abwarten geraten“, erklärte Professor Andreas Hahn, Gießen. „Zudem gleichen die Symptome oft denen anderer häufiger Erkrankungen.“ Wegweisend ist die Erkennung der unspezifischen, frühen Symptome. Diese können schon bis zum zweiten Lebensjahr in Form allgemeiner (z. B. Lern- und Verhaltensauffälligkeiten), sprachlicher oder motorischer Entwicklungsverzögerungen auftreten⁴. Letztere können sich in Form von Schwierigkeiten beim Sitzen ohne Unterstützung, Schwierigkeiten beim Stehen oder verzögertem Laufen darstellen⁵. Ab dem dritten Lebensjahr können zunehmend die spezifischen, muskelbedingten Symptome wegweisend sein, wie unter

anderem ein watschelnder Gang, Wadenhypertrophie, Zehenspitzenang und das Gowers-Zeichen.

Rechtzeitige Diagnose macht den Unterschied

Ist das Muskelgewebe krankheitsbedingt einmal zerstört, kann es nicht mehr repariert werden. Die Früherkennung will dem zuvorkommen, indem rechtzeitig Maßnahmen zur Verzögerung der Krankheitsprogression und zum Erhalt der Lebensqualität ermöglicht werden. Hierbei kommt dem Erhalt der Gehfähigkeit systemische und prognostische Bedeutung zu^{2,6}. Nach Einschätzung von Professor Maggie Walter, München, vergeht aktuell noch immer zu viel Zeit von der Wahrnehmung erster Symptome bis zur Diagnose. Erste Symptome fallen Eltern und/oder dem niedergelassenen Pädiater typischerweise im Alter zwischen zwei und drei Jahren auf^{2,7}. Die DMD-Diagnosestellung erfolgt jedoch oft erst mit einer Verzögerung von bis zu 30 Monaten². Dabei sind die Vorteile einer rechtzeitigen Diagnostik vielfältig: „Nicht nur die Prognose kann durch eine frühzeitige Therapie positiv beeinflusst werden, auch Komplikationen können durch prophylaktische, konservative Maßnahmen vermindert werden.“ Als weitere Vorteile einer rechtzeitigen Diagnose nannte die Expertin das Vermeiden einer diagnostischen Odyssee für Eltern und Kind, die Möglichkeit zur bewussten Familienplanung und den Zugang zum DMD-Patientenregister, das Duchenne-Patienten aktuelle Informationen und potenziell Zugang zu neuen Therapien im Rahmen von klinischen Studien gibt.

Drei einfache Schritte für eine rechtzeitige Diagnose

Bei der Früherkennung zählt jeder Tag. Niedergelassene Pädiater könnten maßgeblich dazu beitragen, dass diese seltene Erkrankung früher diagnostiziert wird, betonte Walter. Drei Schritte können die Diagnosestellung beschleunigen. Als guter Zeitpunkt an Duchenne zu denken empfiehlt sich die U7 im Alter von ca. zwei Jahren. Im ersten Schritt gilt es, die unspezifischen Symptome zu erkennen, um DMD-Patienten früher zu identifizieren^{6,7}. Bei entsprechender Symptomatik sollte im zweiten Schritt der CK-Wert bestimmt werden, um den Anfangsverdacht zu erhärten^{6,7}. Bei deutlich erhöhten CK-Werten (>1.000 U/l) sollten diese Patienten im dritten Schritt zeitnah zum Neuropädiater an ein Muskelzentrum überwiesen werden. Dort wird durch eine stufenweise Gendiagnostik des Dystrophin-Gens die Verdachtsdiagnose verworfen oder endgültig bestätigt. Im Rahmen dessen wird auch der Mutationstyp bestimmt^{6,8,9} – was bei bestimmten definierten Mutationen die Voraussetzung zur Initiierung einer mutationspezifischen Therapie (z. B. Ataluren bei zugrundeliegender Nonsense-Mutation) ist.

Rechtzeitige und integrierte Versorgung sind entscheidend

Die Komplexität der DMD erfordert eine koordinierte, multidisziplinäre Zusammenarbeit nach einem standardisierten Versorgungsansatz. Pharmakologische und nicht-pharmakologische Inter-

ventionen stehen für die Behandlung der DMD zur Verfügung. Dabei ist ein an das Lebensalter angepasstes Vorgehen notwendig: Für einen guten Behandlungseffekt ist es wichtig, das Zeitfenster für therapeutische Interventionen zu beachten. In toto haben die bisher zur Verfügung stehenden therapeutischen Optionen die Lebenserwartung der Duchenne-Patienten positiv beeinflussen können¹⁰. Neue, kausale Therapieansätze sind in unterschiedlichen Phasen der klinischen Entwicklung – erste mutationsspezifische

Therapien sind von den Behörden in Europa und den USA zugelassen worden¹¹.

Symposium: „Weil jeder Tag zählt: Finden wir alle Duchenne-Patienten?“ (veranstaltet von PTC Therapeutics Germany GmbH, Frankfurt am Main) auf dem Kongress für Kinder- und Jugendmedizin 2017, 21. September 2017, Köln.

Literatur:

1. McDonald CM et al. Muscle Nerve 2013; 48:357–68.
2. Van Ruiten HJA et al. Arch Dis Child 2014;99:1074–7.
3. Goemans N. et al. Eur Neurol Rev 2014; 9(1):78–82.

4. D'Amico A Neuromuscul Disord. 2017 May;27(5):447–451.
5. Mirski KT J Pediatr. 2014 Nov;165(5):1008–10.
6. Bushby K et al. Lancet Neurol 2010;9:77–93.
7. Ciafaloni E et al. J Pediatr 2009;155:380–5.
8. Aartsma-Rus A et al. J Med Genet 2016;53:145–51.
9. Bladen CL et al. Hum Mutat 2015;36:395–402.
10. Eagle M Neuromuscul Disord 2002 Dec;12(10):926–9.
11. Fachinformation TranslarnaTM Juni 2017.

Nach Informationen von PTC Therapeutics Germany GmbH, Frankfurt

Für die Sache der Frühgeborenen:

Alles lila! // Weltweit ist eins von zehn Babys ein Frühgeborenes. Sie sind wahre „kleine Helden“, die sich ins Leben kämpfen. Der Welt-Frühgeborenen-Tag am 17. November macht auf die herausfordernde Situation der „kleinen Helden“ und ihrer Familien aufmerksam.

„Starker Start für kleine Helden“

170 Krankenhäuser und neonatologische Intensivstationen in Deutschland, Österreich und der Schweiz haben sich an der Aktion „Starker Start für kleine Helden“ beteiligt. EFCNI, die europäische Stiftung zur Unterstützung von Früh- und Neugeborenen, hat die Initiative 2016 ins Leben gerufen. „Nestlé für einen guten Start in die Zukunft“ ist von Anfang an Kooperationspartner. Die Kliniken erhielten ein großes Aktionspaket, das EFCNI und Nestlé gemeinsam gepackt haben, und konnten damit den Welt-Frühgeborenen-Tag mit ihren Mitarbeitern, den Eltern, Freunden und ehemaligen Frühgeborenen feiern und damit auf die besondere Situation der betroffenen Kinder und Eltern, aber auch auf die Bedürfnisse der Ärzte und Pflegekräfte aufmerksam machen. Dazu gehört auch

das Symbol des Welt-Frühgeborenen-Tages zum Anfassen und Aufhängen: eine Söckchen-Leine mit einem kleinen lila Frühchen-Sockenpaar, eingerahmt von neun Paar normalgroßen weißen Babysockchen.

Unterstützung von Müttern in Kirgisien

Mit „Starker Start für kleine Helden“ unterstützt Nestlé ein Hilfsprojekt von „Uplift–Aufwind“ in Kirgisien, das Frauen mit Kindern in medizinischen und finanziellen Notsituationen zur Seite steht. Für die diesjährige Aktion strickten kirgisische Mütter über 3.000 weiße und lila Söckchen, die nun zum 17. November auf den Babystationen der deutschen, österreichischen und Schweizer Kliniken hingen.

Alles lila

Die Mitarbeiter von Nestlé Deutschland in Frankfurt beteiligten sich ebenfalls und befestigten eine weiße Babysocke oder ein kleines lila Frühgeborenen-Söckchen an der großen Leine, die vor dem lila erleuchteten Nestlé Competence Center gespannt war. Viele Kliniken und öffentliche Gebäude weltweit, darunter das Heidelberger Schloss und das Empire State Building, erstrahlten am 17. November in lila und rücken so die Sache der Frühgeborenen in den Mittelpunkt.



Chefarzt Prof. Lothar Schrod und Nicole Thiele aus dem Vorstand von EFCNI feierten im Klinikum Frankfurt Höchst mit Eltern und ihren Kindern den Welt-Frühgeborenen-Tag

Weitere Informationen:

EFCNI, München
www.efcni.org/weltfruehgeborenentag
 und
 Nestlé Nutrition Institute
 Frankfurt am Main
nmi@de.nestle.com
www.nestlenutrition-institute.de

Nach Informationen von EFCNI, München und Nestlé Nutrition Institute, Frankfurt



Foto: © Nestlé / Harald Schmauder

Schluss mit dem Läusepingpong: Eltern sollten Kinderköpfe regelmäßig kontrollieren

Es herrschen gerade „lausige“ Zeiten – und viele Eltern sind verunsichert, wenn schon wieder das Schild „Wir haben Läuse“ am schwarzen Brett der Schule oder Kita hängt. Hier ist Aufklärung gefragt, denn anstelle von Hygieneorgien und Vorbeugemaßnahmen sollten Eltern lieber genau hinschauen und sorgfältig die Köpfe ihrer Kinder kontrollieren.

So ist es nicht nötig, die gesamte Umgebung zu desinfizieren, denn Kopfläuse verbreiten sich lediglich von Kopf zu Kopf beziehungsweise von Haar zu Haar und können ohne eine regelmäßige Blutmahlzeit nur wenige Stunden überleben. Skeptisch zu betrachten sind ebenso die meisten Haus- und Wundermittel, die die Laus vom Kopf fern halten sollen. Wichtiger ist die Kontrolle der Köpfe der ganzen Familie. Denn ein manifester Befund kann heutzutage effizient therapiert werden. So bekämpft das 2-Stufen-Dimeticon NYDA® Kopflausbefall zuverlässig mit physikalischem Wirkprinzip. Und direkt nach der Behandlung besteht keine Ansteckungsgefahr mehr – die Kinder können zurück in die Kita oder Schule.



Daher sollten sich Eltern im Verdachtsfall die Zeit nehmen, Kopf und Haare des Nachwuchses gründlich auf einen etwaigen Befall hin zu untersuchen. Dabei ist die Kontrolle des Kopfhaares mit dem NYDA® Läuse- und Nissenkamm schneller und effektiver als eine rein visuelle Inspektion: Abgerundete, engstehende Metallzinken erleichtern das Entfernen von Läusen und Nissen und die ergonomische Form des Handgriffes macht die Anwendung besonders einfach. Die effiziente Funktion dieses speziell entwickelten Läuse- und Nissenkamms wurde sogar in einer klinischen Untersuchung nachgewiesen.¹

Und je früher ein Läusebefall sicher erkannt wird, desto weniger können sich die Plagegeister vor der Behandlung vermehren und auf anderen Köpfen ausbreiten. Aus diesem Grund sind gerade in Zeiten von Kopflaus-epidemien regelmäßige Kontrollen mit einem Läusekamm empfehlenswert.

Wichtig zu wissen: Der NYDA® Läuse- und Nissenkamm ist ein Hilfsmittel (Hilfsmittel-Nummer: 99.17.02.0001) und ist in Kombination mit einem Pedikulozid auf separatem Rezept, wie z.B. dem 2-Stufen-Dimeticon NYDA®, erstattungsfähig.

Weitere Informationen und hilfreiches Wissen rund um die Erstattungsfähigkeit des NYDA® Läuse- und Nissenkamms sowie die wirksame Behandlung bei Kopflausbefall finden Sie unter <https://www.nyda.de/fachbereich>.

Literatur:

1. Kurt Ö. et al. (2009): Comparison of two combs in the detection of head lice in school children. *Turkiye Parazitol. Derg.* 33 (1); 50-53

Nach Informationen von
G. Pohl-Boskamp GmbH, Hohenlockstedt

Bioresonanz – eine sanfte Therapie ohne Spritzen oder Nadeln

Bioresonanztherapeuten machen sich die Erkenntnis aus der Quantenphysik zunutze, dass es zwischen elektromagnetischen Feldern von Menschen und ihrem Umfeld förderliche und belastende Wechselwirkungen gibt. So können zum Beispiel Schwingungen von Allergenen über Elektroden in das Bioresonanzgerät geleitet, umgewandelt und dem Patienten als heilsamer Impuls wieder zugeführt werden. Besonders für Kinder ist die sanfte Methode ein Segen, denn sie ist schmerzfrei, nebenwirkungsarm und funktioniert ohne Spritzen, Akupunkturnadeln oder Prick-Lanzetten.

Dr. med. Tanja Wild-Bergner, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin,

wendet die Bioresonanz in ihrer Praxis in Pirmasens besonders bei Allergien, Bauchschmerzen, wiederkehrenden Infekten, Warzenbehandlungen und Unruhezuständen an. „Wir hatten zum Beispiel einen Säugling mit spastischer Bronchitis. Wir haben ihn inhalieren lassen, er bekam Kortison und wir haben sogar einen Pulmologen eingeschaltet, aber das Kind wurde einfach nicht frei.“

Die Ärztin stellte mit Hilfe der Bioresonanztestung eine Aspergillusbelastung fest. Mitgebrachte Proben von einem anschließenden Hausbesuch bestätigten ihren Verdacht: „Als wir den Himmel des Kinderbettchens entfernt und das Kind gegen Aspergillus behandelt hatten, war es nach zwei bis drei Monaten beschwer-

defrei und braucht bis heute keine Medikamente mehr.“

Während der Sitzung können die kleinen Patienten gemütlich lesen oder ein Hörspiel hören. Wird ihnen die Therapiematte wie ein Rucksäckchen auf den Rücken geschnallt, können sie sogar weiterspielen. Nicht nur die Säuglinge und Kinder entspannen sich bei der sanften Behandlung, auch die Mütter sind begeistert von der nicht invasiven Therapiemöglichkeit.

Autorin: Irisa S. Abouzari

**Nach Informationen von Regumed
Regulative Medizintechnik GmbH,
Planegg**

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

E-Mail: dr.roland.ulmer@kinderaezrte-lauf.de

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartezky

E-Mail: dr@bartezky.de

Sie finden die Kontaktdaten sämtlicher Funktionsträger des BVKJ unter www.bvkj.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

**Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz
(federführend)**

E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de

Prof. Dr. med. Florian Heinen

E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

E-Mail: klaus-michael.keller@helios-kliniken.de

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann (WH)

E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Regine Hauch (ReH)

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/6 89 09-0, www.bvkj.de

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag/Mittwoch/Donnerstag von 8.00–16.30 Uhr,
Dienstag von 8.00–17.00 Uhr, Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführer:

Dr. Michael Stehr

Tel.: 0221/68909-11

michael.stehr@uminfo.de

Geschäftsstellenleiter:

Armin Wölbeling

Tel.: 0221/68909-0

armin.woelbeling@uminfo.de

**Teamleiterin Bereich Mitglieder-
service/Organisation:**

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

**Teamleiterin Bereich
Gremien/Funktionsträger**

Martina Scharschmidt

Tel.: 0221/68909-10

martina.scharschmidt@uminfo.de

Teamleiterin Bereich

Monika Kraushaar

Fortbildung/Veranstaltungen:

Tel.: 0221/68909-15

monika.kraushaar@uminfo.de

**Politische Referentin
des BVKJ in Berlin:**

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag/Mittwoch/Donnerstag von 8.00–16.30 Uhr,
Dienstag von 8.00–17.00 Uhr, Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaezrte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de